

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1895, à 1 heure

PAR

Georges CORBY

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Né à Paris, le 8 juin 1867

DE LA

POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE

ET

DE SON TRAITEMENT

PARIS

IMPRIMERIE MAULDE, DOUMENC ET C^{ie}

144, RUE DE RIVOLI, 144

—
1895

467

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1895, à 4 heures

PAR

Georges CORBY

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Né à Paris, le 8 juin 1867

DE LA

POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE

ET

DE SON TRAITEMENT

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : { MM. POLAILLON.
RÉMY.
ALBARRAN.

PARIS

IMPRIMERIE MAULDE, DOUMENC ET C^{ie}

144, RUE DE RIVOLI, 144

—
1895

467

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	QUÉNU.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.		WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

INTRODUCTION

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0008

INTRODUCTION

Ce n'est pas sans émotion qu'arrivé à la fin de nos études, nous songeons à l'enseignement si éclairé et si désintéressé qui nous a été prodigué par les maîtres si éminents et si pleins de dévouement que nous avons eu le bonheur de rencontrer.

Aussi, est-ce avec un plaisir bien mitigé de regrets que nous adressons un public hommage de reconnaissance à MM. les professeurs Damaschino et Ball, à M. Legroux, tous trois prématurément enlevés à l'affection de leurs élèves, à M. le professeur Tillaux, à MM. Rigal et Tenneson dont les noms, chers entre tous, sont pour nous synonymes de science profonde, de dignité professionnelle et d'inépuisable bienveillance. Nous exprimons aussi toute notre profonde gratitude à M. le professeur Lannelongue, à MM. Widal, Walther, Legendre, Broca et Doléris, dont l'enseignement si clair, si pratique et en même temps si brillant, a su nous captiver pendant le séjour que nous avons fait chez eux.

Nous ne saurions affirmer trop haut les sentiments qui nous animent pour un maître si justement vénéré et admiré, M. le professeur Guyon, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse après nous avoir accueilli dans son service comme un des siens.

Enfin, nous manquerions à la vérité si nous n'exprimions toute notre reconnaissance à un des élèves préférés du maître que nous venons de nommer, à M. Janet, qui nous a guidé dans notre travail par son expérience déjà consommée, et dont le nom devrait être inscrit à la première page de cette thèse.

« La vessie est le miroir de l'âme. »

BORN.

AVANT-PROPOS

M. le professeur Guyon, déplorant le peu d'attention que l'on avait donné à l'étude des troubles neurasthéniques de la vessie, s'exprimait en ces termes il y a seulement quatre ans : « On a décrit diverses neurasthénies viscérales, l'on n'a pas oublié la neurasthénie génitale; la neurasthénie vésicale n'a pas été encore, que nous sachions, l'objet d'une étude particulière. Elle nous paraît cependant devoir prendre place dans le cadre des neurasthénies viscérales. Sur la vessie, comme sur d'autres organes, peuvent se faire sentir les effets de l'épuisement nerveux; ils se localisent sur cet organe ou se montrent simultanément, ce qui est fréquent, sur l'appareil génital »; et plus loin: « Les chirurgiens sont maintes fois consultés par des malades n'offrant à aucun degré une lésion appréciable de l'appareil urinaire et qui, cependant, se plaignent avec persistance des troubles de la miction. Dès le début de ma pratique, j'ai été frappé de ce contraste entre l'état fonctionnel et l'état anatomique. J'ai dû faire une classe à part de ces sujets qui viennent presque toujours à tort réclamer les secours de la chirurgie. N'ayant pas besoin d'elle, ils peuvent avoir à regretter d'y avoir été soumis; aussi les ai-je désignés sous la dénomination de *faux urinaires* ».

C'est de ces faux urinaires que nous nous occuperons donc; mais, parmi eux, nous ferons un choix, laissant systématiquement de côté ceux qu'une altération médullaire ou cérébrale,

ou tout autre altération anatomique d'un quelconque des organes génito-urinaires ou en relation réflexe avec eux, a touchés ; que cette lésion existe encore ou ait disparu laissant derrière elle des traces et par suite la justification des troubles qui nous occupent. En un mot, nous ne traiterons ici que de ceux qui sont purement fonctionnels, idiopathiques de la vessie, de ceux qui relèvent non pas d'un substratum anatomique, mais d'un substratum exclusivement psychique, de manifestations psychopathiques déjà si complètement étudiées par notre ami Janet, qu'il semble ne plus rien y avoir à dire après son travail si consciencieux et si profondément philosophique. Parmi ces troubles, nous aurons surtout en vue un département spécial : *la pollakiurie* ; toutefois, comme tous les autres se surajoutent le plus souvent à cette dernière, soit pour lui faire cortège, soit au besoin même pour la supplanter complètement, nous ne pouvons nous dispenser d'en donner une courte description pour l'intelligence du complexe symptomatique si souvent rencontré.

Ce travail, si modeste qu'il soit, n'a d'autre but que d'assurer une fois de plus le droit à l'existence dans un cadre spécial et une autonomie propre à une manifestation neurasthénique, qui peut en imposer par son aspect protéiforme et sa durée souvent très longue pour les lésions organiques les plus sérieuses. Enfin nous terminerons par la description d'un traitement aussi simple qu'efficace, si du moins nous le jugeons par les résultats qu'il nous a donnés.

Nous serons amplement rémunéré de nos peines si, par notre étude, nous arrivons à éclairer certains diagnostics trop affirmatifs et trop hâtifs et si, du même coup, nous pouvons rendre l'espoir à tant de malheureux consternés dont l'hypocondrie n'est souvent que renforcée par l'arrêt d'un médecin, rendu sur de fausses apparences.

CHAPITRE PREMIER

PHYSIOLOGIE ET PSYCHO-PHYSIOLOGIE DE LA CONTRACTION VÉSICALE

Avant de définir plus complètement les troubles qui font l'objet de notre travail, nous pensons bon de remettre sous les yeux du lecteur un résumé de la physiologie et de la psychologiè même de la contraction vésicale tel qu'il résulte des travaux de notre maître, le professeur Guyon, de son élève Duchastelet et de deux savants italiens : Mosso et Pellacani.

Tout d'abord nous reproduirons les conclusions des recherches de M. le professeur Guyon, qu'il a données lui-même à l'Académie des Sciences en mars 1887 :

« 1° A l'état physiologique, le besoin d'uriner ne se produit que sous l'influence de la tension des parois de la vessie;

2° La contraction du muscle vésical précède invariablement la manifestation de ce besoin, qui n'est perçu que lorsque cette contraction est portée à un certain degré;

3° Le besoin d'uriner ne dépend pas de la mise en action d'une sensibilité en quelque sorte élective, ayant un centre spécial dans un point déterminé de la muqueuse du col ou du corps; cette sensation a son siège dans la totalité de l'organe.

A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie est essentiellement constituée :

1° Par l'exaltation de la sensibilité à la tension;

2° Par l'acuité plus ou moins vive de sa sensibilité aux contacts.

Au point de vue de sa sensibilité, le col perd dans une vessie pathologique sa petite suprématie de l'état physiologique et même, s'il y avait une différence dans le degré de la sensibilité, elle serait en faveur du corps de la vessie.

Ainsi j'ai pu prouver que, dans les états douloureux de la vessie, ce que l'on croyait être une contraction du col, était en réalité une contraction du corps ».

Ce sont sensiblement les mêmes idées que Duchastelet reproduit et développe dans sa thèse. Il reprend cette phrase de M. le professeur Guyon, à savoir que « la vessie n'a pas de capacité anatomique mais une capacité physiologique » ; puis il ajoute : « Cette capacité est mesurée par le volume qu'est susceptible de contenir le réservoir au moment où se manifeste le besoin d'uriner.

Dans une vessie normale, la tension au moment où se produit le besoin d'uriner varie de + 25 à + 35 centimètres de hauteur d'eau avec des quantités de liquide variant de 60 à 250 grammes en moyenne. Ce besoin peut donc être déterminé par des volumes différents. Ce qu'il y a de fixe, c'est la pression manométrique traduisant le degré de tension vésicale sous lequel l'envie apparaît chez un même sujet dans les mêmes conditions. Le point manométrique peut varier avec l'âge, le sexe, l'état pathologique, la susceptibilité personnelle. La vessie peut du reste contenir des quantités de liquide bien différentes sous une même pression, sa capacité est essentiellement variable puisqu'elle est absolument subordonnée à sa sensibilité.

Cette sensibilité est d'une nature spéciale : la sensibilité à la tension. Cette tension peut être déterminée soit par l'augmentation volumétrique du contenu, soit par la contraction du muscle vésical sur le volume primitif demeuré le même. . . .

.

Les variations physiologiques de la capacité vésicale sont sous la dépendance, d'une part, de la contraction des fibres propres du réservoir urinaire; d'autre part, de la contraction des parois abdominales et du diaphragme. La vessie est douée de mouvements volontaires propres, la compression abdominale n'est pas nécessaire pour uriner. Les excitations de la sensibilité générale ou sensorielle, les *phénomènes psychiques*, toutes les modifications se produisant dans les appareils respiratoire, circulatoire ou digestif, peuvent déterminer des modifications de la capacité et de la tension vésicale ». Déjà en 1882, Mosso et Pellacani, à la suite de leurs expériences sur la femme et sur le chien, en arrivaient aux conclusions suivantes :

1° Une sensation tactile, un bruit insolite, une sensation douloureuse, une émotion quelconque, un travail intellectuel donnent lieu à une contraction de la vessie ; tout fait psychique, tout travail mental, est toujours accompagné d'une contraction de la vessie ;

2° Il y a des mouvements volontaires de la vessie indépendamment de ceux qui sont dus aux muscles abdominaux, c'est donc une contraction consciente et volontaire d'un muscle lisse. La vessie jouit d'une élasticité assez complète. Sous la même pression, la vessie peut tenir des quantités de liquide assez différentes. Le besoin d'uriner se fait sentir toujours sous la même pression. Lorsque la vessie a été très distendue, elle ne revient pas de suite au volume primitif si l'on abaisse la pression, mais elle reste pendant un certain temps assez dilatée.

Enfin, après M. le professeur Guyon, qui avait dit que la « vessie a une *capacité physiologique* et *non anatomique* », Janet reprenant et complétant cette définition déclare que « dans bien des cas et par nos habitudes, la vessie n'a qu'une *capacité psychologique* ». Nous verrons plus loin la justification de cette opinion.

CHAPITRE II

DÉFINITION — HISTORIQUE

Il convient, avant de définir notre sujet, de dire quels furent les parrains de son titre : c'est à M. le professeur Dieulafoy que nous devons le mot si heureux de *pollakiurie*, qu'il appliqua le premier pour désigner la fréquence des mictions chez les brigittiques; c'est à Janet que nous devons le mot de *psychopathique* qui synthétise si exactement la genèse de ces troubles urinaires.

Dans ses travaux auxquels nous aurons si souvent recours, Janet divise (et nous adoptons pleinement sa classification comme la plus simple et la plus exacte) la pollakiurie psychopathique en trois catégories :

1° *Pollakiurie par mauvaises habitudes de miction*. C'est une des plus fréquentes, elle apparaît ou spontanément et progressivement, et alors elle est souvent imputable à ce fait que le sujet, partant d'une conception fausse, croit bon pour sa vessie d'en vider souvent le contenu; ou bien encore la pollakiurie survit à une affection telle qu'inflammation de la vessie, compression vésicale, maladie nerveuse, etc... qui justifiaient alors la fréquence de la miction. Toutefois, la cause première ayant radicalement disparu (car nous ne nous occupons ici que de la pollakiurie exclusivement idiopathique, *sans lésion actuelle*), l'habitude prise subsiste et cela, malgré la complète guérison;

2° *Pollakiurie par préoccupation psychique* (candidats à un examen, boursiers, spéculateurs, hommes d'affaires, gens en attente d'un événement désiré ou redouté);

3° *Pollakiurie par hypocondrie urinaire* avec ou sans affection réelle antérieure, mais entièrement guérie des voies urinaires. Ici, nous nous séparons légèrement de Janet qui n'exige pas que cette affection ait entièrement disparu pour qu'on puisse proclamer la psychopathie urinaire idiopathique chez le malade qui en offre les symptômes. En effet, si la guérison de ladite affection n'est pas absolue, il peut subsister une certaine inflammation ou même une certaine hyperhémie dont ne manqueraient pas de s'emparer ceux qui nient l'existence propre de la pollakiurie psychopathique pour la rendre exclusivement symptomatique des lésions ou de la simple congestion des tissus. Néanmoins, nous reconnaissons que, dans bien des cas, le peu d'importance des lésions des organes génito-urinaires est absolument insuffisante à expliquer les troubles de la miction qu'il faut en toute franchise imputer non pas aux altérations anatomiques, véritables quantités souvent négligeables en l'espèce, mais bien au fond névropathique du sujet et au cours d'idées auquel il s'abandonne pour son malheur. La crainte des rétrécissements chez d'anciens blennorrhagiques, l'appréhension de la pierre ou d'un cancer quelconque des voies urinaires constituent la cause la plus fréquente de cette aberration bizarre qui conduit à la psychopathie urinaire en général et à la pollakiurie idiopathique en particulier. Car, comme nous l'avons déjà dit plus haut à propos des travaux de Mosso et Pellacani, l'idée de la miction ou de ce qui confine à ses organes suffit pour provoquer des contractions vésicales bientôt suivies d'effets, effets d'autant plus répétés que la pensée s'emprisonne dans le même cercle.

Maintenant que nous avons brièvement exposé ce que nous entendons par pollakiurie psychopathique et développé ses trois formes correspondant à une pathogénie voisine, mais un peu différente, il convient de passer en revue les travaux variés faits

sur ce sujet alors même que le mot si heureux de psychopathique, trouvé par Janet, n'existait pas.

Dès le début de nos recherches sur la neurasthénie vésicale en général et la pollakiurie psychopathique en particulier, nous avons été frappé du silence absolu dans lequel se renfermaient les auteurs d'ouvrages les plus sérieux sur la maladie de Beard, à propos des troubles urinaires qui en relèvent le plus directement. A l'exception de M. le professeur Guyon, de Janet, Guiard qui ont fait, avec juste titre, ce sujet le leur, on ne trouve que quelques idées confuses et rares sur la nature de ces troubles. Voyons plutôt et commençant par les livres même les plus récemment écrits, nous remonterons jusqu'aux auteurs anglais qui, avec leur merveilleuse précision du détail et leur jugement si sûr et si pratique, avaient donné la vie, sans le nom, à la localisation neurasthénique viscérale que nous approfondissons. Enfin, nous terminerons par les travaux du maître et de deux de ses plus brillants élèves que nous venons de nommer. Levillain ne dit rien des troubles d'excrétion de l'urine, mais se borne à noter les changements dans sa quantité et sa qualité chez les neurasthéniques (diabète et glycosurie passagère, phosphates, oxalates). Bouveret note, outre ces altérations, ce fait que certains de ces névropathes « éprouvent *sans aucune trace de cystite* des *besoins fréquents d'uriner* ». Mathieu conserve un silence absolu. Blocq n'en dit guère plus long et, après avoir avancé, bien à tort, que la neurasthénie épargne le plus souvent la vessie, termine en mentionnant l'augmentation des sels de l'urine. Lancereaux, dans son *Traité de l'Herpétisme* est plus explicite et dit, à propos de la cystalgie (complication fréquente, nous le verrons, de la pollakiurie), qu'« elle survient tantôt dans le jeune âge et indépendamment de tout autre désordre, tantôt dans un âge plus avancé où elle coexiste d'ordinaire avec des hémorrhoides... Les malades sont pris *d'envies fréquentes d'uriner*, de *spasmes*

douloureux qui arrêtent instantanément le jet de l'urine, comme s'il existait un calcul dans la vessie... Ces désordres, le plus souvent paroxystiques, peuvent durer un certain temps, s'apaiser et reparaitre avec plus ou moins d'intensité. *L'absence de toute lésion locale, la limpidité des urines, certains troubles nerveux concomitants*, tels que *migraines, névralgies*, sont autant de circonstances favorables au diagnostic de cette affection qui se rencontre encore dans la goutte et coexiste fréquemment avec de la gravelle urique ». Par cette dernière phrase, ainsi que par la première, Lancereaux nous montre qu'il confond la pollakiurie symptomatique de la goutte, liée à une irritation mécanique du col vésical par les sels en excès (urates, acide urique), la pollakiurie réflexe symptomatique d'une lésion de voisinage (hémorrhoides) et, enfin, la pollakiurie idiopathique ou psychopathique qui relève simplement de l'état nerveux inhérent à ses herpétiques.

Féré, à propos de la « dysesthésie », dit qu'elle peut se traduire de différentes façons.

« 1° Tantôt il y a simple irritabilité réflexe de la vessie, les besoins d'uriner sont fréquents, la vessie n'a pas le temps d'arriver jusqu'à l'état de distension moyenne que déjà la contraction réflexe se produit;

2° Tantôt le besoin est non seulement fréquent, mais il s'accompagne d'une sensation douloureuse et, quand il est satisfait, une contraction douloureuse est ressentie au niveau des sphincters; il y a ténésme ou spasme douloureux.

Ces différentes formes de vessie irritable peuvent se rencontrer dans *le nervosisme aigu ou chronique*, dans *la neurasthénie, l'irritation spinale*, la méningite spinale, l'ataxie locomotrice. »

Monod, dans son article sur le traitement des cystalgies de la femme, décrit une cystalgie idiopathique. Synonymie : *Contrac-*

ture essentielle du col de la vessie, névralgie du col, vessie irritable. « Il s'agit, dit-il, dans ces cas, de malades souffrant souvent depuis longtemps de *mictions fréquentes et douloureuses* chez lesquelles cependant l'exploration la plus attentive ne permet de découvrir *aucun indice d'une lésion de la vessie, de l'urèthre ou d'aucun organe voisin.* Tout au plus trouve-t-on chez quelques-unes d'entre elles des hématuries plus ou moins abondantes, qui ne paraissent liées à aucune affection de l'organe, et semblent dépendre seulement d'un état congestif de la muqueuse... La *cystalgie paraît quelquefois indépendante de toute lésion matérielle*, ou, du moins, celle que l'on parvient à constater, est tout à fait hors de proportion avec l'intensité des phénomènes observés. » Il dit encore plus loin : « Il peut exister chez la femme un état caractérisé par la *fréquence des mictions* et les douleurs qui les accompagnent, état comparable au spasme du vagin ou à certaines contractures de l'anus, *ne paraissant lié à aucune lésion matérielle appréciable*, ou se rattachant à une altération peu importante ». Si maintenant, nous soumettons les observations de Monod à une critique sévère à notre point de vue, pas une ne rentre dans notre cadre : ce sont toutes des cas de cystalgie et de pollakiurie d'origine réflexe (développement variqueux des veines du méat, polypes de l'urèthre, etc.), ou liées à l'irritation mécanique due aux sels en excès dans l'urine. D'autres auteurs, tels que Fabre, Hammond, Axenfeld, Geffrier, et, parmi eux, le plus éminent, Charcot, ne prononcent même pas le mot de mictions fréquentes à propos de la névralgie générale (Valleix), de l'irritation spinale (Hammond), ou de la neurasthénie (Beard), suivant le nom qu'on donne à l'épuisement nerveux. Beard, tout le premier, tant dans ses ouvrages antérieurs que dans le dernier paru « la Neurasthénie sexuelle », se borne à parler de *vessie irritable*, et aussi d'altérations dans la composition des urines chez les neurasthéniques.

Si nous recourons maintenant aux auteurs anglais, nous allons voir décrit sous le nom d'*irritable bladder*, vessie irritable. un tableau à peu près complet des diverses causes de la pollakiurie, et dont quelques-unes rentrent dans notre cadre.

Dès l'année 1859, Gant, dans son ouvrage intitulé : « *The irritable bladder, its causes and curative treatment* », attribuait la fréquence des mictions à : lithates, pierre (mauvais régime), phosphates (surmenage), excès de travail des reins (par manque de bains et d'ablutions), constipation, diaphorèse insuffisante, bienséances mondaines, vie sédentaire « *sofa life* », distractions artificielles, hystérie, maladies organiques de l'utérus, du rectum, de la vessie, de l'urèthre.

Ce n'est vraiment qu'avec Harrison que nous arrivons à une conception claire et complète de la *pollakiurie psychopathique* qu'il décrit, moins le nom, comme *une des formes de la vessie irritable*. Tout d'abord, il dit très justement, à propos de l'irritabilité vésicale, source de bien des confusions et de bien des malentendus entre les auteurs, que, pour nombre d'entre eux, elle semble plutôt s'appliquer à une maladie spéciale qu'à un symptôme. Pour lui, on ne doit se servir du mot d'*irritable bladder*, que quand le nombre des mictions est suffisant pour incommoder le malade, et alors le symptôme est lié à l'une ou l'autre des conditions suivantes ou même à plusieurs de ces conditions à la fois :

- 1° Influence nerveuse ;
- 2° Influence de l'habitude ;
- 3° Action réflexe ;
- 4° Affections locales (y compris les calculs et les tumeurs) ;
- 5° Composition anormale de l'urine.

Reprenant les deux premières causes qui rentrent seules, mais complètement, dans la pollakiurie psychopathique, il dit, et il est entièrement à citer : « Il n'est pas douteux que les phénomènes d'irritabilité vésicale qu'on observe chez un grand nombre

d'individus soient d'*ordre purement nerveux*. On voit souvent, par exemple, des personnes, en prévision d'une journée de chemin de fer ou de tout autre circonstance qui les forcera à modifier momentanément *leurs habitudes*, s'astreindre à vider leur vessie sans éprouver le besoin d'uriner chaque fois que l'occasion de le faire se présente à elles. *Ainsi se contracte une habitude qui s'établit définitivement et qui peut devenir la source de sérieuses complications. On doit rapprocher de ces faits cet état particulier à un certain nombre d'individus bien décrit par sir James Paget, qui les fait hésiter et comme bredouiller pendant l'acte de la miction... Un état névropathique joint à la fâcheuse habitude de vider trop fréquemment sa vessie suffit donc à produire l'irritabilité vésicale même dans ses formes les plus rebelles.* On conçoit que cette variété d'affection ne donne lieu à *aucun symptôme objectif*. C'est en reconstituant soigneusement *l'histoire du malade*, en tenant compte des circonstances qui influent sur les phénomènes observés, enfin *en procédant par exclusion à l'égard des autres affections vésicales qu'on arrive à formuler son diagnostic*. Souvent il y aura lieu de tenir grand compte des *explications* que le malade cherche presque toujours à donner de son mal et qui sont *en rapport avec les craintes particulières qui hantent son esprit*. Nous reconnaissons que la patience du chirurgien est mise à une rude épreuve lorsqu'il lui faut subir les récits les plus étranges et quelquefois les plus extravagants; mais ces récits mêmes fournissent, dans bien des cas, la preuve que *l'imagination entre pour une plus large part que la vessie dans les phénomènes d'irritabilité dont cet organe est le siège.*» Plus loin, Harrison dit encore que les symptômes de vessie irritable éclatent aussi chez les *personnes qui ont une raison si minime que ce soit, de se croire atteintes d'un rétrécissement de l'urèthre*; d'autres fois, à la suite de l'introduction intempestive

d'instruments dans la vessie; d'autres fois encore, « il s'agit de *de sujets qui, faussement persuadés qu'ils ont quelque empêchement pour uriner, s'essayer à répéter cet acte à chaque instant et chez lesquels l'habitude dégénère vite en maladie. Il est surprenant de voir nombre de malades guéris par la simple démonstration qui leur est faite qu'on peut facilement passer une bougie dans leur canal* ». Ainsi toute la genèse de la pollakiurie psychopathique se trouve merveilleusement élucidée et décrite : le rôle du terrain nerveux, l'influence capitale de l'habitude, la part de l'hypocondrie et de la nosophobie dominées toutes deux par celle-là. On pourrait seulement reproche à Harrison d'avoir trop négligé l'action pathogénique des émotions et du travail intellectuel dans l'éclosion de la pollakiurie. Uitzmann, dans son « *Traité des névroses des organes génito-urinaires de l'homme* », va heureusement combler cette lacune : « Des sujets tout à fait bien constitués, dit-il, peuvent aussi être atteints de cette irritabilité excessive qui prédispose aux névroses de la sphère urinaire et génitale lorsqu'ils débilitent leur organisme par une fatigue physique excessive et surtout surmènent leur cerveau par des *travaux intellectuels prolongés*. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des envies fréquentes d'uriner (*cystospasme*) chez des personnes astreintes à un travail de nuit fatigant, ou chez des individus dont l'esprit, toujours en éveil, supporte une grande responsabilité : caissiers, secrétaires, etc.... Déjà, chez l'enfant, on peut observer une action directe du système nerveux central sur l'appareil urinaire quand, par crainte d'une correction, il laisse échapper involontairement l'urine dans ses vêtements. De même, on rencontre de *fréquentes envies d'uriner* accompagnées de polyurie légère chez des individus en proie à une *émotion prolongée* : candidats, quand le succès de l'examen est douteux ; personnes engagées dans des spéculations commerciales dont l'issue est probléma-

tique. De grandes pertes inattendues, comme on en éprouve parfois à la suite d'opérations de bourse malheureuses, ou la mort d'une personne aimée peuvent également engendrer les troubles les plus divers de l'appareil génital et urinaire. C'est ainsi que j'ai vu souvent chez des hommes d'affaires, dont la fortune avait été fortement endommagée, apparaître soudainement *des envies fréquentes d'uriner*, de la polyurie, souvent même une légère glycosurie et, en outre, de l'impuissance, des pollutions, de la spermatorrhée. »

Après ces deux auteurs : Harrisson et Ultzmann, Furbringer ne fait que redire sous une forme analogue la pathogénie de la pollakiurie psychopathique qu'il range sous le nom de *pollakiurie idiopathique* « dans un de ces états fort bien désignés sous le nom de neurasthénie, états souvent compliqués d'hystérie et d'hypocondrie ». Il insiste aussi sur la mauvaise habitude qu'ont certaines personnes de vider leur vessie au moindre besoin. La pollakiurie en résulte, de la même façon que « la négligence à satisfaire le besoin d'uriner, que ce soit par mauvaise habitude ou par pudeur mal comprise », peut produire la parésie vésicale. Du reste, M. le professeur Guyon pense de même quand il s'exprime ainsi : « La rareté de la miction peut n'être que la conséquence d'une *habitude* et s'observe dans ces conditions dans l'un et l'autre sexe, mais elle se montre spontanément chez quelques neurasthéniques et s'accompagne alors d'autres troubles de la miction, tels que diminution de force et de projection du jet et surtout efforts prononcés. L'influence de l'état nerveux est rendue bien évidente par l'observation de malades qui sont *alternativement atteints de fréquence et de rareté des mictions*. ».

CHAPITRE III

DESCRIPTION DE LA POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE

Nous allons maintenant donner une description complète de la pollakiurie psychopathique, mais auparavant, pour montrer toute son importance, il est bon de dire que, d'après M. le professeur Guyon, excellent juge en la matière, elle se rencontre dans le quart des cas de neurasthénie urinaire.

Reprenant le fil de notre étude, nous ne pouvons résister au plaisir de reproduire le tableau si vivant que le maître de l'hôpital Necker a donné des neurasthéniques urinaires : « Ce sont des neurasthéniques : ils présentent donc des stigmates de neurasthénie, d'hystérie, de dégénérescence. En effet, chez presque tous, nous avons trouvé de l'anesthésie pharyngée la plupart du temps absolue, quelquefois seulement incomplète, mais notable. Près de la moitié présentent d'autres stigmates d'hystérie : hémianesthésie sensitive ou sensorielle, traces d'anesthésie ou hyperesthésie, rétrécissement du champ visuel, crises de larmes, sensation de boule, etc...

... En somme, ces malades sont bien des névropathes...

... Ces neurasthéniques sont des gens tout d'abord scrupuleux, méticuleux, examinant tout à la loupe, leurs devoirs sociaux comme leurs sensations et leurs souffrances. Ce sont des gens consciencieux à l'excès et ayant comme contre-partie de leur défaut, de grandes qualités de délicatesse, de scrupule et de conscience ; mais tous s'examinent, s'analysent avec une minutie sans égale, sont au plus haut degré occupés de leur

état de santé. Certes, ils le sont beaucoup plus que les malades qui présentent des lésions réelles, même graves et, si l'on a pu dire avec justesse que les maladies de la vessie retentissent sur le moral, cet aphorisme semble se vérifier surtout chez cette catégorie de *faux urinaires*. Ils vous racontent longuement et par le menu mille petits détails fastidieux, et souvent, non contents de les raconter, ils les écrivent : méfiez-vous des malades qui vous arrivent avec leur histoire écrite tout au long d'une écriture impeccable et moulée. C'est ainsi que l'un d'eux m'écrivit un jour qu'il souffrait « au-dessus et au-dessous de l'interprète de l'amour ». En vrai névropathe, il avait reculé devant le mot propre et pris cette périphrase inoubliable pour désigner le pénis. » M. le professeur Fournier exprime la même opinion sur les neurasthéniques urinaires, lorsque, faisant allusion aux remords imaginaires que se forgent ces malheureux, il les baptise du nom de « *repentants*. » L'état névropathique et psychique dont relèvent tant de troubles de la vessie est aussi nettement visé par Born quand il dit : « *La vessie est le miroir de l'âme* ». La plupart de ces malades sont déprimés, préoccupés, inquiets, quelques-uns excitables et éprouvent un besoin impérieux d'activité physique et intellectuelle. Ailleurs encore, M. le professeur Guyon parle de « toute cette classe si nombreuse de gens souffrants qu'on ne saurait ranger parmi les bien portants, qu'il convient moins encore de compter parmi les malades, qui se plaignent toujours et souffrent quelquefois, que vous ne pourrez que difficilement améliorer, que vous ne guérirez pas et que vous ne verrez d'ailleurs pas succomber, car ils sont atteints de cette maladie dont on ne guérit pas plus qu'on en meurt : de l'*hypocondrie*. Il est nécessaire que vous connaissiez bien ces malades qui, parmi les nombreuses affections dont ils craignent de se voir atteints, choisissent une maladie des voies urinaires.

... Le symptôme prédominant accusé par ce groupe de souffrants est la *fréquence de la miction*. Vous le retrouverez tout aussi bien chez les névropathes et même chez les gens timides, impressionnables, scrupuleux, préoccupés, chez les sujets continents. »

L'*hérédité nerveuse* est une nouvelle preuve de l'état névropathique des gens qui nous occupent. Que trouvons-nous en effet dans les ascendants de nos malades? des hystériques, des épileptiques, des vésaniques, des paralytiques généraux, des ataxiques, choréiques, neurasthéniques ou même simplement des gens violents, brutaux, bizarres dont le caractère n'est que l'expression d'un manque d'équilibre. Et si, dans quelques cas, rares d'ailleurs, il semble que l'hérédité soit muette, c'est que le public ne juge nerveux que les nerveux excitables et non les nerveux déprimés dont le nombre est au moins aussi grand que celui des premiers.

Fouillons à leur tour les *antécédents personnels* de nos malades : enfants, ils ont souvent eu des convulsions, la chorée. Dès cette époque ils étaient colères, tristes, taciturnes, boudeurs. Un autre caractère non moins fréquent, nous l'estimons à environ la moitié ou le tiers des cas de pollakiurie psychopathique, c'est l'*incontinence nocturne infantile*. M. le professeur Guyon et Janet ont longuement insisté sur cette corrélation : « C'est ainsi que vous constaterez fréquemment l'incontinence infantile dans les antécédents des sujets venant vous consulter pour des pertes séminales ou pour des *mictions à caractère impérieux et pressant* sans lésions du réservoir urinaire. La tare originelle qui, au cours de l'enfance et même de l'adolescence, a déterminé la perte nocturne de l'urine, n'a donc point perdu son influence. Il est intéressant de constater qu'elle continue à l'exercer ».

« Suivons, avec M. le professeur Guyon, nos neurasthéniques

dans leur évolution : « Plus tard, dès le début de l'adolescence, ces enfants, timides, scrupuleux, résistent aux désirs génésiques : par timidité, ils évitent les femmes, ils attendent, rentrent en eux-mêmes et dans la solitude... se masturbent ... La plupart se tiennent longtemps éloignés des rapports sexuels par scrupule, crainte, et quelques-uns même reculent indéfiniment la date du premier coït. Trois de nos malades sur quarante n'ont jamais vu de femmes. Quelques-uns attendent jusqu'à leur mariage et, souvent mal leur en prend, car, se méfiant d'eux-mêmes, ils éprouvent alors échec sur échec et j'ai vu quelques-uns de ces malheureux dont l'état moral et même physique était arrivé à un degré vraiment lamentable ».

Nous ne dirons que quelques mots des *maladies antérieures* qui peuvent favoriser l'installation définitive de la pollakiurie. Celle-ci est primitivement symptomatique d'une des innombrables maladies, causes de la pollakiurie, qu'on trouvera tout au long au chapitre du diagnostic différentiel, puis elle peut devenir au bout d'un certain temps exclusivement idiopathique de symptomatique qu'elle était, car, nous le répétons encore ici, on ne s'occupe dans cette étiologie que de maladies entièrement disparues, sans traces derrière elles. Inutile de revenir sur le mécanisme de cette substitution qui se fait de deux façons différentes et quelquefois par les deux concurremment : l'*habitude* prise et conservée, l'*hypocondrie* qui fixe sans cesse l'esprit sur les organes génito-urinaires et provoque ainsi (Mosso et Pellacani) les fréquentes contractions de la vessie suivies de besoins et d'émission d'urine. Parmi toutes les maladies auxquelles nous avons fait allusion plus haut, il faut réserver pourtant une place spéciale chez l'homme à la *blennorrhagie*, car elle domine toutes les autres. Comme se plaît à le dire M. le professeur Guyon, la blennorrhagie est la *véritable pierre de touche* pour le tempérament chez les neurasthéniques,

elle réveille les prédispositions névropathiques et entraîne à sa suite les troubles fonctionnels les plus variés. « Le neurasthénique qui contracte la blennorrhagie se tient souvent pour battu, et c'est ce qui explique que, si les trois quarts de nos malades ont eu la blennorrhagie, la plupart n'en ont eu qu'une » (Guyon). En effet, impressionnables comme ils le sont par leur tempérament, ces malades « sont réellement frappés dans leur virilité, dans leur confiance en eux-mêmes. Lorsque l'écoulement a presque totalement disparu, ils ne sont pas débarrassés de leur inquiétude. Ils vivent en contemplation devant leur canal. Ils passent des heures à en chercher, à en exprimer une goutte de muco-pus. Ils s'affolent de la présence de quelques spirales, de quelques filaments blanchâtres dans le premier jet de miction » (Mathieu). Après cela, comment s'étonner que la névrose s'installe sur l'organe le plus voisin de celui qui est ou a été malade ?

Les *signes physiques* ne sont le plus souvent affirmatifs qu'au point de vue des stigmates de dégénérescence (tête petite, face asymétrique, front bas, cheveux mal plantés, sur le front, en épis, nez resserré à la base, prognathisme, dents irrégulières, inégales, mal plantées, microdontisme, voûte palatine en carène, oreilles terminées en pointe, détachées, mal ourlées, à lobule adhérent, etc...). Quoi qu'il en soit, il nous a été donné plus d'une fois de ne rencontrer chez nos psychopathes aucun de ces signes de dégénérescence qui n'ont réellement de valeur que quand bon nombre d'entre eux se trouvent réunis sur le même sujet. Quant aux signes physiques viscéraux, nous répéterons avec M. le professeur Guyon que « c'est précisément le nombre et l'intensité des troubles fonctionnels d'une part, et d'autre part, l'*absence complète de lésions anatomiques* qui est le grand caractère de cette affection ».

Les *urines* sont très ordinairement de quantité normale,

rarement un peu augmentées (et encore, dans ce cas, convient-il de faire intervenir le mécanisme réflexe que Féré a observé sur lui-même, à savoir que la quantité d'urine augmente un peu avec le nombre des mictions, le régime et le genre de vie restant les mêmes). Les urines sont presque toujours claires et de composition normale (Guyon), et quand elles ne le sont pas, le trouble est dû à des sels qui se dissolvent dans les acides. Ces cas moins fréquents qu'on le croit d'ailleurs, nous nous empressons de les exclure de notre cadre pour éviter toute discussion, la présence de ces sels, même très ténus, ayant été incriminée par la plupart des auteurs dans la genèse de la pollakiurie.

Quant à la *contractilité vésicale*, elle est exagérée d'après M. le professeur Guyon dans quatre douzièmes des cas, normale dans trois douzièmes, diminuée dans cinq douzièmes. Genouville, qui a repris cette étude, arrive à un résultat un peu différent ; pour lui, « bien que la pollakiurie semble signifier contractilité vésicale exagérée, sauf quelques cas exceptionnels où la contractilité était normale, le muscle vésical était *toujours très faiblement contractile*... Toutefois, la pollakiurie se produit plutôt chez des malades dont la vessie a conservé un peu de contractilité... La pollakiurie ne signifie donc pas en réalité vessie plus contractile, mais seulement vessie plus sensible à la distension au début et souvent moins à la fin... En résumé, les névropathes peuvent uriner souvent parce que la sensibilité à la tension est exagérée ; mais la contractilité n'a pas suivi cette exagération, et l'on observe alors une dissociation très manifeste des deux propriétés principales de la vessie, contractilité et sensibilité à la tension. Cette dissociation est la principale caractéristique des névropathes. »

Age. La plus grande fréquence de la pollakiurie a lieu de 18 à 40 ans.

Sexe. Il semblerait de prime abord que la femme dût fournir un contingent plus considérable à la pollakiurie psychopathique en raison même de son fond plus nerveux que celui de l'homme, de ses maladies, de ses épreuves plus nombreuses, enfin de considérations anatomiques non sans importance au point de vue de la faculté moins grande de retenir les urines : absence de prostate, urèthre plus large, plus court, rectiligne, état rudimentaire du muscle de Wilson (d'où résulte l'absence de sphincter uréthral, la seule barrière vraiment puissante) bulbo-caverneux transformé en constricteur de la vulve qui ne peut expulser brusquement les dernières gouttes d'urine comme chez l'homme. Enfin le voisinage de l'utérus dont les états morbides ou physiologiques, même transitoires, peuvent retentir définitivement, la cause disparue, sur la vessie et son fonctionnement. Eh bien, malgré toutes ces raisons, la fréquence de la pollakiurie psychopathique est certainement plus grande chez l'homme (Guyon, Janet), sans doute parce qu'il porte une attention bien plus soutenue au fonctionnement régulier et à l'état d'intégrité de ses organes génitaux. Chez lui, l'hypocondrie sexuelle engendre rapidement l'hypocondrie urinaire avec la pollakiurie comme symptôme le plus fréquent. Enfin la bienséance mondaine qui empêche la femme de satisfaire ses besoins mictionnels, même légitimes, l'entraîne à une habitude toute contraire à celle de l'homme qui lui, n'a pas les mêmes raisons de se retenir et auquel s'offrent incessamment tous les moyens de vider une vessie plus ou moins pleine.

Professions. Nous avons déjà vu, et Ultzmann l'a bien mis en lumière, l'influence exercée sur la production de la pollakiurie psychopathique par toutes les professions qui exigent un travail intellectuel intensif ou font passer l'homme par une série d'émotions plus ou moins répétées (boursiers, spéculateurs).

Caractères et symptômes. La pollakiurie psychopathique est

caractérisée « par l'émission de l'urine par petites quantités (sans quoi il y aurait polyurie), et se répétant *une fois par heure en moyenne* (entre un quart d'heure et deux heures)... « A cette pollakiurie, surtout si elle est très accentuée, ajoutez les douleurs vésico-uréthrales et le malade peut vous être envoyé avec le diagnostic cystite. Ajoutez encore l'interruption du jet et le malade devient un calculeux... en apparence. » (Guyon.) Heureusement un signe subsiste qui permet de différencier ces divers états; Ultzmann l'avait déjà nettement remarqué : « Le besoin n'est ordinairement fréquent que dans la journée, lorsque l'activité physique et intellectuelle est en jeu. Dans la nuit, l'envie d'uriner ne se fait pas ordinairement sentir quand les malades dorment tranquillement; mais, pour peu qu'ils soient tourmentés par l'insomnie, celle-ci n'est que plus vive. Le besoin se fait sentir toutes les heures, tantôt toutes les dix ou quinze minutes, et souvent d'une manière si impérieuse que, quand les patients ne se hâtent pas, l'urine s'échappe dans les vêtements ». Renchérissant encore sur Ultzmann, M. le professeur Guyon ne craint pas d'affirmer que le signe que nous avons mentionné plus haut est *pathognomonique* et que « *le pollakiurique exclusivement diurne est un névropathe* ». Un autre signe aussi important et bien étudié par Janet, signe que nous avons constaté chez tous nos malades, est ce fait que « ceux qui en sont porteurs *reçoivent facilement dans leur vessie une injection de 300 grammes de liquide*, alors qu'en temps ordinaire, ils urinent toutes les heures une centaine de grammes d'urine. En d'autres termes, leur capacité vésicale est absolument normale, malgré leur pollakiurie, tandis que chez les cystiques, la capacité vésicale à l'injection est égale à la capacité vésicale au moment de la miction. » A quel moment a lieu le maximum de fréquence de la miction chez les pollakiuriques? Avant de répondre à cette question, il est bon de définir nettement le

point où commence la fréquence. Comme le fait remarquer Janet, il est facile chez un individu sain d'injecter dans la vessie près de 500 grammes de liquide, si ce liquide est porté à une température convenable et poussé avec lenteur et douceur suffisantes. Or, comme la moyenne de notre sécrétion urinaire est de un litre et demi par jour, nous ne devrions pisser que trois fois par vingt-quatre heures. Nous sommes plus disposé par l'observation de *vessies absolument normales* à admettre la moyenne de *quatre mictions en vingt-quatre heures*. Au delà commencera pour nous la pollakiurie. *En aucun cas nous n'admettrons qu'un non-pollakiurique se relève pour uriner la nuit*. Ceci bien établi, nous nous hâtons de répondre à la question posée plus haut. C'est vers le milieu de la journée et particulièrement après le déjeuner que se produit le maximum de la pollakiurie. Si nous nous rangions à l'opinion de M. le professeur Guyon, il ne faudrait voir là qu'une action de la digestion sur la sécrétion urinaire produite par des dyspepsies stomacales ou des troubles digestifs dus aux lésions intestinales qui réagissent ainsi sur l'excrétion urinaire. Telle n'est pas notre opinion et, avec Janet, nous inclinons vers une autre explication. En effet, si cette théorie de l'irritabilité vésicale réflexe de cause digestive était vraie, comment pourrions-nous la concilier avec ce fait que les femmes ne présentent pas cette pollakiurie *post-prandium* et qu'enfin elle n'existe pas chez la plupart de nos malades après le repas du soir. Aussi Janet fait-il intervenir une cause psychique. « Les femmes n'ont que peu d'occasions de songer à leur vessie, les urinoirs qu'elles voient dans les rues ne leur sont pas destinés et ne leur donnent aucune idée de miction. Nous autres, au contraire, nous sommes à chaque instant sollicités à uriner par la vue de ces petits édifices et des gens qui les utilisent. C'est surtout au moment de nos sorties, dans l'après-midi, que cette action se fait sentir.

Le soir, on sort moins, ou, si l'on sort, c'est avec un but unique rapidement atteint : visite, théâtre, café; les urinoirs et les urinants sont moins visibles, il n'en faut pas plus pour supprimer la pollakiurie vespérale. » L'influence du milieu extérieur et sa réaction sur notre vessie ne sont pas seulement propres à l'homme; le chien lui-même, doué d'une pollakiurie si étrange, n'urinera que trois ou quatre fois dans ses vingt-quatre heures s'il reste enfermé; le sort-on, au contraire, l'odeur de l'urine qu'il ira renifler à tous les coins de porte et au pied de tous les arbres, l'entraîne à un nombre incalculable de mictions. Le même, lorsqu'il sera uniquement occupé par la recherche du gibier, ne pensera plus à uriner. A ce propos, l'émotion elle-même ne joue pas non plus un rôle moindre dans l'espèce animale que dans l'espèce humaine : le taureau, dès son entrée dans l'arène, surpris et inquiet du spectacle qui s'offre à ses yeux, se met à uriner, de même la jument saisie par le coup d'éperon, le petit chien battu; tous réagissent de la même façon sous l'empire de la surprise ou de la crainte.

Variétés de pollakiurie psychopathique. — Il en existe deux : l'une *précocce*, l'autre *tardive*. (Janet.)

A. — Pollakiurie précocce. Elle apparaît dès la plus tendre enfance; elle est caractérisée par la fréquence de mictions diurnes et nocturnes très impérieuses. Il existe deux sous-variétés de cette pollakiurie précocce :

a) une Pollakiurie simple;

b) une Pollakiurie incontinente nocturne.

a) Pollakiurie simple. Elle existe lorsque l'enfant se relève la nuit à chaque envie d'uriner. Cette forme est plus rare que la seconde, elle a une durée indéfinie et s'aggrave de toutes les

crises morbides génito-urinaires que le malade peut avoir à traverser.

b) *Pollakiurie incontinente nocturne*. Elle est de beaucoup la plus fréquente des deux ; elle se produit quand le petit pollakiurique ne se réveille pas, il urine alors une ou plusieurs fois dans son lit par nuit. Ainsi se trouve directement rattachée à la pollakiurie l'incontinence nocturne ; nous aurons à y revenir. Cette forme de pollakiurie compliquée d'incontinence aboutit avec le temps à la pollakiurie simple.

Comme pathogénie de ces deux formes de pollakiurie précoce, Janet fait intervenir :

1° Pour la *pollakiurie simple*, soit une *irritabilité vésicale héréditaire*, soit « de mauvaises habitudes de mictions fréquentes provoquées peut-être au début par une *légère polyurie* et se perpétuant ensuite après la guérison de celle-ci » ;

2° Pour la *pollakiurie incontinente nocturne*, une hypochondrie urinaire en quelque sorte avant la lettre : « En se couchant, l'unique préoccupation de ces enfants est de savoir s'ils urineront au lit, ils s'endorment avec cette unique pensée. A leur réveil, leur premier mouvement est de tâter leurs draps pour voir s'ils les ont mouillés. Pendant la journée, on les gronde, on les prive de dessert, quelquefois on les corrige encore plus sévèrement, si bien qu'en réalité, jour et nuit, ils sont sollicités à penser à leur vessie ; ce n'est pas une bonne condition pour diminuer la fréquence de ses contractions ».

Nous ne pouvons clore le chapitre de la pollakiurie précoce sans dire quelques mots de l'*incontinence nocturne des enfants* que Guinon qualifie, peut-être avec un peu trop d'optimisme, de manifestation discrète d'une hérédité nerveuse légère, du nervosisme bénin. Sans revenir sur les théories innombrables qui ont été émises pour expliquer l'incontinence infantile et qui avaient toutes le tort de vouloir exclure toutes les autres, alors

que chacune pouvait expliquer un certain nombre de cas (sommeil trop profond de Valleix, J.-L. Petit ; névrose du col de la vessie de Trousseau et Bretonneau ; narcose du sphincter membraneux de Lebert ; atonie de ce sphincter de M. le professeur Guyon, etc...), sans revenir, disons-nous, sur ces différentes théories, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer notre préférence pour la théorie ingénieuse de l'incontinence proposée par Janet et qu'il base sur la pollakiurie. Cette miction involontaire nocturne, comparée déjà par Henoch à la pollution nocturne qui suit le rêve érotique, il en résume ainsi la pathogénie :

« La *miction involontaire nocturne* des enfants qui ne présentent ni épilepsie, ni atonie du sphincter urétral est *de cause purement psychique*. Elle est la *conséquence naturelle de la pollakiurie* que présentent ces malades. Elle se produit, grâce à la profondeur de leur sommeil, à la suite d'un rêve qui leur fait croire qu'ils urinent dans un vase de nuit ou dans un urinoir. Ce rêve ne peut être retrouvé dans les souvenirs de l'enfant qu'à la condition que celui-ci se soit réveillé immédiatement après l'émission de l'urine. »

B. — Pollakiurie psychopathique tardive. Il n'y a que peu de choses à en dire ; elle éclate le plus souvent à la suite d'une affection des organes génitaux, blennorrhagie surtout, qui fait verser les prédisposés héréditaires dans l'hypocondrie et les mauvaises habitudes de miction consécutives qui survivent, comme nous l'avons déjà vu, à la guérison complète des lésions. Contrairement au proverbe : *Castus raro mingit*, la continence, avec l'état congestif des organes génito-urinaires qui en découle, provoque aussi la pollakiurie. Celle-ci, suivant l'état nerveux du sujet, pourra subsister, malgré la disparition de la cause. L'abus du coït agira aussi dans le même sens.

C. — Pollakiurie psychopathique nocturne simple. Bien qu'elle soit niée par M. le professeur Guyon, nous croyons avec Janet à son existence. Elle est relativement rare (lorsque le sujet n'a pas d'insomnies car, autrement, nous rentrons dans le cadre de la pollakiurie diurne), elle est créée par les préoccupations mictionnelles et les rêves se rapportant aux organes génito-urinaires. Les mauvaises habitudes de mictions, une fois prises, entretiennent cette pollakiurie quelquefois indéfiniment, malgré la disparition complète de la cause.

Il existe deux formes de cette pollakiurie : une forme précoce et une forme tardive.

a) Forme précoce. Elle force les malades à se lever deux ou trois fois par nuit, dès leur plus tendre enfance.

b) Forme tardive. A part le cas assez rare où elle succède à des préoccupations vésico-pathologiques, elle remplace chez le malade l'incontinence nocturne, c'est même une des formes de sa guérison les plus fréquentes.

La pollakiurie nocturne simple n'a donc aucun cachet spécial qui la différencie de la pollakiurie diurne; le plus souvent elle accompagne cette dernière.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES QUI SE SURAJOUTENT A LA POLLAKIURIE

Nous venons d'étudier la pollakiurie psychopathique simple, sans addition d'aucun autre élément symptomatique de l'état névropathique; aussi, est-ce le moment d'ajouter que rarement elle se présente aussi peu compliquée dans son allure; le plus souvent, elle est précédée, accompagnée, suivie ou totalement supplantée par quelques-uns des symptômes que nous allons décrire en peu de mots et sans lesquels notre étude serait forcément incomplète. Nous parlerons d'abord des complications, si l'on peut les appeler ainsi, tellement elles sont la règle, qui siègent sur les organes urinaires, et nous terminerons par celles qui ont élu domicile dans les organes génitaux.

A. — Complications vésicales. En premier lieu, nous nous occuperons des *névralgies vésicales idiopathiques proprement dites*; pures et sans mélange de contracture, elles sont extrêmement rares (Hartmann). Elles sont le plus souvent continues, à exacerbations qui ne coïncident nullement avec les mictions, et ne sont point soulagées par l'évacuation de la vessie; *elles sont indépendantes de la miction*, c'est là un grand caractère sur lequel insiste beaucoup M. le professeur Guyon. Elles siègent au périnée, en arrière des bourses; irradient sur les parties latérales, vers les cuisses; en arrière, vers l'anus; en avant, dans les bourses, le testicule, la verge, spécialement au méat ou, au contraire, à la zone qui correspond au ligament suspen-

seur de la verge. La partie tout inférieure de la région hypogastrique, au-dessus de la verge, peut être envahie par les douleurs. Les malades disent alors qu'ils souffrent de la vessie. Chez la femme, les douleurs envahissent les parties de la vulve qui avoisinent le méat urinaire. Plus rarement, on rencontre des douleurs lombaires spontanées, quelquefois provoquées par la palpation ou le contact d'instruments explorateurs : une olive introduite dans l'urèthre membraneux y détermine les mêmes douleurs que le toucher rectal. On rencontre tous les degrés dans ces dernières, depuis la simple pesanteur périnéale jusqu'aux douleurs les plus aiguës, les plus exquises qui peuvent simuler, pour la région membraneuse, un point hystérogène. L'intensité de ces douleurs et leur répercussion sur l'état moral du malade furent assez grandes, comme on sait, pour empoisonner la plus grande partie de la vie de J.-J. Rousseau. Quoi qu'il en soit, comme le dit Hartmann, les différents troubles vésicaux que nous étudions « sont si souvent liés les uns aux autres, qu'il est impossible de ne décrire que la névralgie vésicale pure, isolée de tout phénomène musculaire concomitant ». Les phénomènes musculaires alternent, prédominant tantôt sur le corps, tantôt sur le col, souvent même portant sur les deux à la fois. Lorsqu'ils siègent sur le corps de la vessie, nous avons affaire à la *pollakiurie psychopathique*. Lorsqu'ils siègent sur le col, ils y produisent de la contracture de l'appareil sphinctérien de la vessie qui se traduit « non pas par des douleurs, comme on a coutume de le dire, mais par des troubles de l'émission de l'urine. » (Hartmann.) On peut observer tous les symptômes de cette contracture, sans douleur, et réciproquement la douleur peut exister sans qu'il y ait trace de contracture de l'appareil sphinctérien. Les malades qui en sont affectés rentrent dans la catégorie des *petits névralgiques* de M. le professeur Guyon. Nous allons maintenant passer

rapidement en revue les différents symptômes qui relèvent du spasme ou de la contracture sphinctérienne. En tête, apparaît le *bégaiement urinaire*, trouble ainsi appelé par sir James Paget et qui est caractérisé par ce fait que les personnes qui en sont atteintes ne peuvent uriner, sachant quelqu'un derrière elles ou quelquefois même dans une pièce voisine. Le jour où le malade se troublera lui-même en se regardant pisser, où il se produira à lui-même l'effet d'un étranger, il arrivera spontanément à la *rétention complète*, d'ailleurs très rare, *d'origine psychique*, semblable, en cela, à l'impuissant qui ne peut accomplir le coït faute de confiance en lui-même. La *rétention volontaire prolongée* peut aboutir à un résultat identique, par épuisement du tonus naturel de la vessie. De même, encore, l'attention trop soutenue dans la miction (car le relâchement du sphincter uréthral, indispensable au passage de l'urine, se produit d'autant mieux qu'on pense moins à lui), de même, disons-nous, cette attention peut provoquer chez nos neurasthéniques le *retard de la miction* (jusqu'à un quart d'heure), capable d'en imposer, n'était l'âge du sujet, pour de l'hypertrophie de la prostate. Le même mécanisme peut encore produire *l'interruption brusque du jet*, pris alors à tort pour un symptôme de pierre vésicale; la *déformation du jet* qui, elle, est trop souvent interprétée dans le sens d'un rétrécissement; les *troubles de la miction pendant la défécation*, la miction se faisant en deux actes : le premier, en même temps que la défécation; le second, dès que le malade s'est relevé. Sont dus également au spasme des muscles striés périuréthraux : *l'absence du coup de piston* qui, normalement, chasse les dernières gouttes d'urine contenues dans l'urèthre à la fin de la miction; le *coup de piston retardé*, caractérisé par un petit jet d'urine sorti de l'urèthre quelques minutes après la fin de la miction; ce phénomène est dû, pour Janet, à ce que les muscles

périnéaux, contracturés pendant tout le temps de la miction, ne peuvent fournir leur contraction spasmodique habituelle qu'alors qu'ils sont revenus au repos complet. Enfin, dans certains cas très rares, le spasme urétral a pu donner lieu à la *rétenction complète*. A propos de cette dernière, nous ferons remarquer avec M. le professeur Guyon que, dans certaines circonstances, la vessie paraît comme subitement frappée d'insensibilité à la distension, et tel malade qui urinait quinze ou vingt fois par jour, n'urinera plus que deux ou trois fois. Il se produit ainsi, chez le même individu, des *phases successives de pollakiurie et de mictions rares*. Pour terminer, M. le professeur Guyon a rencontré, sur quarante neurasthéniques qu'il a étudiés, quatre malades atteints d'*incontinence d'urine*, dont un seul avait eu de l'incontinence infantile. Cette incontinence était à la fois nocturne et diurne; tantôt le total de l'urine s'échappait au fur et à mesure qu'elle arrivait dans la vessie, tantôt il ne s'en écoulait qu'une partie et le malade urinait, de temps à autre, une certaine quantité. Dans tous les cas, la vessie se vidait complètement et éloignait, par cela même, toute idée d'incontinence par regorgement, liée soit à une hypertrophie de la prostate, soit à un rétrécissement.

B. — Complications génitales. Suivant M. le professeur Guyon, près de la moitié des neurasthéniques urinaires présentent un appétit génésique diminué d'une manière générale et à des degrés divers; *l'impuissance absolue* existe dans un vingtième des cas, souvent les *érections* sont *incomplètes* ou, si elles se produisent et si le malade peut pratiquer le coït, il présente ce que Ultzmann a appelé de *l'aspermatisme*: il y a absence d'éjaculation. Cet auteur ajoute que, dans ce cas, ces malades « présentent ordinairement plusieurs autres névroses des appareils soit génital, soit urinaire ». Toutes ces différentes variétés

de *neurasthéniques déprimés pratiquent rarement le coït*. D'autres, beaucoup moins nombreux, sont excités au point de vue génésique comme au point de vue général, et alors, chez ceux-ci, il y a *éjaculation hâtive*, laquelle peut se produire même en état d'érection incomplète. Ultzmann a signalé un cas de *polyspermie* : il s'agissait d'un homme vigoureux et très nerveux qui éjaculait jusqu'à 15 grammes de sperme en une fois ; « il présentait, en outre, du cystospasme et diverses douleurs névralgiques ».

On peut voir par cette infinie variété de troubles génito-urinaires auxquels est en proie le malheureux neurasthénique, troubles qui mettent sans cesse son corps et son esprit à la torture, troubles qui lui en imposent par leur apparente gravité pour des lésions organiques ; on peut voir, disons-nous, à quel abîme d'hypocondrie il aboutira fatalement. Son attention, toujours fixée sur sa vessie ou ses organes génitaux qui s'y relient étroitement, le conduira, presque à son insu, à la déplorable habitude des mictions fréquentes et de là directement à la pollakiurie psychopathique.

CHAPITRE V

DISCUSSION SUR L'EXISTENCE RÉELLE ET INDÉPENDANTE DE LA POLLAKIURIE PSYCHOPATHIQUE

A cette place qui reviendrait de droit à l'anatomie pathologique si nous traitions d'autre chose que d'une névrose, nous parlerons de tentatives, les unes déjà relativement anciennes, les autres plus récentes faites par des hommes dont la compétence n'est pas niable, pour faire passer dans tous les cas la pollakiurie idiopathique ou psychopathique au rang de pollakiurie symptomatique. Déjà, en 1880, dans son article sur la signification de la fréquence de miction in *Boston med. and surg. Journal*, Curtis, après avoir énuméré toutes les causes de pollakiurie, termine par cette affirmation catégorique : « *Unduly frequent micturition is never a disease, but always a symptom* » ; la fréquence anormale de la miction n'est jamais une maladie, mais toujours un symptôme.

Dans le même *Boston med. and surgery Journal*, 1885, Gouley cherche à expliquer ce qu'il appelle la contracture de la vessie, dans les cas où aucune maladie apparente ne saute aux yeux, par la densité de l'urine, sorte d'épée à double tranchant : « Si la densité est faible, les cellules épithéliales de la muqueuse vésicale se gonflent par endosmose et tombent ; si la densité est élevée, les cellules par exosmose se recroquevillent et tombent encore ». La conséquence en est uniformément que la vessie amincie et endolorie réagit par des contractions fréquentes produisant la pollakiurie. Il nous suffira d'objecter à cette théorie

que, voulant nous mettre au-dessus de toutes les critiques, nous avons soigneusement examiné l'urine de nos malades et éliminé de notre cadre ceux chez qui elle était altérée dans sa composition ou sa densité.

La réponse que nous ferons à Bazy à propos de son travail sur les faux urinaires névropathes et hypocondriaques ne différera en rien de la précédente. Il incrimine chez ces malades la glycosurie, la dyspepsie et la dilatation d'estomac qui, ces dernières, à cause des produits anormaux qu'elles font passer dans la circulation, le rein, la vessie et l'urèthre, produiraient, comme chez les fébricitants aux urines sédimenteuses, de fréquentes envies d'uriner. Il termine par cette phrase : « C'est pourquoi je crois qu'un certain nombre de faux urinaires qualifiés de névropathes, d'hypocondriaques sont à revoir et doivent être rangés dans une des catégories ci-dessus ». Bazy cite, à l'appui de sa théorie, diverses observations de malades dont nous n'avons pas craint de reproduire deux comme des exemples frappants, dans leur pathogénie et leur évolution, de pollakiurie psychopathique, bien qu'il tende à attribuer ces deux cas à des troubles dyspeptiques; or, de son aveu même, les urines sont absolument normales. A une époque bien plus rapprochée de nous, M. le professeur agrégé Albarran a bien voulu, avec son affabilité ordinaire, nous développer, dans un entretien privé, son opinion concernant la pollakiurie psychopathique. Cette opinion, il l'avait déjà exprimée dans un article intitulé : les Rétrécissements larges de l'urèthre, in Ann. de M. le professeur Guyon : « On trouve, dit-il, presque toujours dans la névropathie urinaire une altération anatomique dont le malade exagère les symptômes et les cas sont rares où l'appareil urinaire est complètement sain. Souvent c'est une simple et très légère urétrite, parfois une de ces prostatites chroniques si mal étudiées qu'on les connaît à peine, quelquefois encore un rétrécissement si

léger que seul un gros explorateur pourra le reconnaître ; mais, je le répète, d'après une expérience personnelle, les névropathes urinaires sont rares qui ne présentent pas quelque lésion. Chez eux, *tout n'est pas psychique, il existe quelque chose...* il est nécessaire de rechercher attentivement pourquoi le malade, tout névropathe qu'il est, se plaint de sa vessie ou de son urèthre et non de ses oreilles, ni de son estomac. » Nous ne pouvons répondre qu'une chose à M. Albarran, c'est que nos malades ont tous été endoscopés par M. Janet, dont l'habitude et la compétence ne sont pas niables, et qu'aucun ne présentait de lésion de l'ordre mentionné plus haut. En outre, qui nous dit que bon nombre des malades vus par M. Albarran ne conserveront pas, leurs lésions absolument disparues, leur pollakiurie par habitude et hypocondrie pour rentrer dans notre troisième catégorie de psychopathes et ne passeront pas insensiblement de l'état de pollakiuriques symptomatiques à celui de pollakiuriques, idiopathiques, psychopathiques ? Enfin, à cette question pourquoi le malade se plaint-il de sa vessie et de son urèthre plus que de ses oreilles ou de son estomac, nous dirons avec M. le professeur Guyon que le sens de la génitalité, chez l'homme au moins, domine les autres et que tout ce qui peut laisser supposer à ce dernier que l'intégrité de ses organes sexuels est atteinte, le porte rapidement à la plus noire hypocondrie qui bien souvent conduit à la pollakiurie psychopathique. Pour la genèse de cette mélancolie systématisée, nous ne saurions mieux faire que de citer tout au long les paroles si sensées et si pleines de philosophie de sir James Paget : « Il semble que, dans le cours des générations, la transmission du pouvoir intellectuel gagné par l'éducation a eu pour effet d'abaisser ou de remplacer celui de l'instinct, contrairement aux animaux même les plus changés par notre domesticité et qui coïtent aussi naturellement qu'ils mangent ou défèquent...

De là vient que les désirs sexuels naissent et grandissent sans la connaissance de la manière de les satisfaire et cette connaissance entre dans l'esprit, accompagnée d'erreurs, de fantaisies, de choses à demi comprises qui deviennent, pour quelques hommes des sources de malheur et de crainte et, pour d'autres, des *sujets de tristesse et de surveillance hypochondriaque* ».

Dans une communication faite au Club médical de Vienne, le 9 mai 1894, Zuckerkandl a dit qu'on observait souvent le syndrome de la vessie irritable chez la femme comme une conséquence passagère d'une congestion des organes génitaux, par exemple à l'occasion des règles, après le coït, dans les différentes périodes de la grossesse, à l'occasion des myômes de l'utérus, etc... Pour lui, ce fait tient à ce que la vessie de la femme est beaucoup plus mobile que celle de l'homme, à cause de son contact intime avec les organes génitaux, soumis à tant de modifications physiologiques et pathologiques. Zuckerkandl a trouvé dans ces cas de vessie irritable une hyperhémie du *bas-fond de la vessie* et de la *partie postérieure de l'urèthre*, et il estime que ces hyperhémies localisées sont causes de l'exagération de l'irritabilité réflexe de la muqueuse vésicale.

Dacheux, dans sa thèse sur la cystopathie hyperhémique (vessie irritable chez la femme), a repris et développé cette théorie de Zuckerkandl, insistant bien sur ce fait qu'il entendait exclusivement parler d'hyperhémie et non pas d'inflammation. Pour expliquer comment il se faisait que, avec la même cause actuellement existante, il y avait chez des sujets différents tantôt présence, tantôt absence de pollakiurie, Dacheux se voit obligé de recourir aux psychopathes urinaires de Janet qui réagissent par leur fond névropathique là où les autres demeureraient insensibles. Sans vouloir nier l'hyperhémie du bas-fond de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre, son rôle

pathogénique dans la pollakiurie et sa fréquence, nous redirons ce que nous avons maintes fois répété, à savoir qu'elle peut et doit produire une pollakiurie symptomatique susceptible de passer à l'état d'idiopathique, l'hyperhémie disparue. D'ailleurs, Dacheux lui-même s'incline devant l'existence de la psychopathie urinaire, lorsqu'il ajoute à propos du diagnostic de sa cystopathie hyperhémique : « Pour parfaire le diagnostic, on procédera à l'exclusion des *affections nerveuses, réelles ou psychopathiques* de la moelle épinière et du cerveau, qui présentent comme la vessie irritable le symptôme de *ténésme et pollakiurie* ». Enfin, ne pourrait-on admettre, surtout dans le cas de pollakiurie intense, que l'hyperhémie, au lieu d'être primitive et d'agir comme cause efficiente, ne serait que secondaire et effet en raison de la fréquence exagérée des contractions vésicales, de même que les cordes vocales des gens qui abusent de la parole aboutissent à un état congestif? Cet état hyperhémique réagirait à son tour, nous le concédons, sur le fonctionnement vésical pour augmenter encore le nombre des mictions. C'était la théorie déjà soutenue par Bourguignon, en 1860, à propos de la réaction des névralgies vésicales sur le réservoir urinaire.

Certains auteurs et non des moindres (l'un deux est l'éminent professeur Fournier) ont pensé ramener tous le cas de pollakiurie psychopathique, exception faite de ceux qui relèvent d'une lésion génito-urinaire, à *des troubles præataxiques*. Il est de fait que, dans bien des cas, cette perversion des fonctions vésicales est identique dans la névrose et l'affection médullaire et que, quand les autres signes du tabes sont absents, *on ne peut et on ne doit pas se prononcer*, le temps seul a qualité pour trancher le différend. Mais de ce que ces troubles de la miction sont sensiblement identiques dans les deux affections, nous pensons qu'il serait injuste de tout accorder à l'un et rien

à l'autre ; autant vaudrait supprimer du cadre pathologique toutes les névroses et, en premier lieu, l'hystérie et la neurasthénie, sous prétexte que la plupart de leurs symptômes se rencontrent dans des affections ayant un substratum anatomique pouvant les expliquer.

Nous terminerons cette longue discussion, où nous espérons avoir répondu d'une façon satisfaisante aux adversaires de la pollakiurie psychopathique, en disant que, si nous sommes dupe d'une apparence ou d'une illusion, nous la partageons en bonne société avec des hommes distingués et dont beaucoup sont des plus éminents : MM. Bourguignon, Harrison, Ultzmann, Raphaël, Monod, le professeur Guyon, Janet, Guiard, Choux, Furbringer, Hartmann, etc...

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Il se fera en tenant le plus grand compte de l'état névropathique du sujet; son hérédité est aussi d'un grand poids, car souvent la pollakiurie psychopathique est la manifestation de tares héréditaires relativement bénignes. Il faudra fouiller les antécédents personnels du malade : fréquemment, dans la moitié des cas, on rencontre l'incontinence nocturne infantile, des convulsions, une chorée, des tics; on prendra connaissance de l'état psychique du malade pour savoir s'il est d'un naturel gai ou triste, s'il analyse toutes ses sensations, s'il se percute et s'ausculte, ou si, au contraire, il se détache profondément du fonctionnement de ses organes; en un mot il faut s'informer si le sujet est hypocondriaque. L'apparition de mictions fréquentes à la suite d'une lésion ou maladie quelconque (la blennorrhagie le plus souvent) à la guérison de laquelle survivent ces troubles de l'urination, des besoins répétés à la suite d'une violente émotion, d'une vie plus intensive, plus intellectuelle ou plus remplie de préoccupations, après une habitude prise en raison des exigences liées à une nouvelle condition, tout cela constitue déjà de fortes présomptions en faveur de la pollakiurie psychopathique. Ces dernières se changeront bientôt en certitude si l'examen le plus attentif ne découvre aucune lésion d'aucun organe, si les urines sont d'une composition et d'une quantité normales; enfin, et c'est ce qui se produit dans les neuf dixièmes des cas, si la pollakiurie manque la nuit; car, comme le dit souvent M. le professeur Guyon :

« *Le pollakiurique exclusivement diurne est un névropathe* ».

En interrogeant le malade, vous apprendrez souvent que sa pollakiurie, même le jour, est sujette à des variations assez grandes suivant que son esprit est plus ou moins occupé, qu'il est en proie ou non à des émotions, à des appréhensions, qu'il a ou n'a pas sous les yeux ce qui peut l'inviter à une miction intempestive; toutes choses qui prouvent la part exclusive de l'état psychique. Ce fait que les douleurs vésicales ou uréthrales, si elles existent, ne sont nullement augmentées ni avant, ni pendant, ni après la miction est encore un bon signe. Il faudra rechercher la présence d'autres symptômes ayant pour siège les organes génito-urinaires et qui sont comme des équivalents de la pollakiurie psychopathique qu'ils précèdent, qu'ils accompagnent ou qu'ils remplacent : nous voulons parler du bégaiement urinaire, de l'interruption du jet, de la miction retardée, de l'absence de coup de piston ou de son retard, des troubles de l'urination pendant la défécation, de la rétention complète (peu fréquente d'ailleurs), des mictions rares, des névralgies vésicales, de la diminution de l'appétit génésique, de l'impuissance surtout psychique (car, comme le dit dans son langage si heureusement imagé M. le professeur Guyon, ces malades sont « *des rateurs* »), des érections incomplètes, de l'aspermatisme, moins souvent de l'éjaculation rapide ou de la polyspermie.

Enfin, l'examen local, et c'est un point capital, prouvera, en dépit de son apparence, la tolérance de la vessie. Même les pollakiuriques qui urinent dès qu'elle contient 70 à 100 grammes d'urine, tolèrent très bien, dès la première séance de dilatation vésicale, 250 à 300 grammes de liquide, et cela pendant trois quarts d'heure, une heure, quelquefois deux. La contractilité vésicale est normale ou diminuée pour M. le professeur Guyon dans les deux tiers des cas

Diagnostic différentiel. Nous abordons ici une des parties les plus complexes de notre étude et aussi des plus difficiles à traiter, car l'infinité des causes qui engendrent la pollakiurie (*symptomatique*, s'entend), leur enchevêtrement rendent toute classification basée sur un seul caractère sinon impossible, au moins artificielle, d'autant que l'on discute encore sur l'étiologie de certaines de ces pollakiuries. Ainsi en est-il, par exemple, de celle du brightisme : suivant que nous la regarderons avec Robin comme liée à un changement dans la composition des urines (acide urique, oxalique, graviers, urohématine) ou liée à une action réflexe ayant le rein pour point de départ (Frerichs), nous la rangerons dans l'une ou l'autre catégorie. De même la pollakiurie liée à une opération portant sur les organes génitaux de la femme, la rangerons-nous dans la classe des pollakiuries réflexes ou dans la classe des pollakiuries pathologiques de ces organes liées à une inflammation ou congestion consécutive au traumatisme? — Nous nous bornerons donc, uniquement pour mettre de l'ordre dans les idées, à proposer une division, un classement que nous ne croyons ni meilleur ni pire que celui de ceux qui nous ont précédé, mais sur la valeur et la fidélité duquel nous ne nous faisons aucune illusion.

La pollakiurie peut être symptomatique de :

A. — Malformations congénitales et liées à :

Phimosis.

Étroitesse congénitale du méat.

Infantilisme des organes génitaux.

Hypospadias.

Épispadias.

Faiblesse congénitale du sphincter urétral.

Toutes ces malformations sont aisées à reconnaître ; quant à la dernière, l'explorateur à boule l'aura bientôt démasquée.

B. — Excitation réflexe uréthrale ou parauréthrale :

Fissure de l'urèthre.
Urétrite ancienne.
Rétrécissements de l'urèthre.
Engorgement sénile des veines de la prostate.
Hypertrophie prostatique.
Prostatisme chez la femme (Chevalier).
Tumeurs de la prostate.
Hypertrophie du veru montanum.
Balanite.
Saleté du prépuce.
Herpès du prépuce et du fourreau de la verge.
Eczéma des bourses.
Fissures intertrigineuses du pli des bourses.
Fissures du périnée.
Erythrasma.
Fissures, coupures, érythème, irritation de l'anus.
Hémorroïdes.
Oxyures.
Ascarides.
Tœnias.
Constipation.
Diarrhée
Lésions rénales.
Maladie de Bright.
Dyspepsie.

Nous nous garderons bien de reprendre tous ces différents agents de la pollakiurie, nous reparlerons seulement de quelques-uns d'entre eux. Le diagnostic de l'*urétrite ancienne* se fera par l'examen macroscopique et microscopique des filaments

que présente l'urine ; néanmoins, dans quelques cas, il faudra recourir à l'endoscopie.

Le diagnostic des *rétrécis* présente encore plus d'intérêt, car ils souffrent de troubles de la miction assez semblables aux troubles *sine materia* de nos psychopathes : modification du jet, diminution de la force de projection, incontinence. Mais, tandis que chez les psychopathes la pollakiurie diurne est toujours de beaucoup la plus fréquente, au contraire, chez les rétrécis, les nuits sont bientôt aussi troublées que les jours par les mictions. Enfin l'incontinence des rétrécis avancés est une incontinence par regorgement. Reste la question du spasme, un béniqué d'un gros calibre a bientôt fait le diagnostic dans le cas où la bougie aurait été impuissante à franchir la résistance.

L'*hypertrophie de la prostate* à la période prémonitoire présente aussi une fréquence inusitée des besoins, mais, contrairement à celle de nos psychopathes, exclusivement nocturne ; le jet et la force de projection sont diminués et les érections réapparaissent bien qu'on ait affaire à des vieillards. Presque tous ont plus de 55 ans ; enfin la prostate est augmentée de volume.

L'*hypertrophie du veru montanum* ne se reconnaîtra guère qu'à l'endoscope.

La *maladie de Bright* a sa pollakiurie liée à la présence de l'albumine dans les urines, ou, si cette dernière n'est pas encore apparue, à l'un quelconque des petits accidents du brightisme si nettement mis en lumière par M. le professeur Dieulafoy et dont la pollakiurie fait partie ; ce sont : le doigt mort, les troubles auditifs, les démangeaisons, les crampes aux mollets, les épistaxis, la cryesthésie, les secousses électriques, le signe de la temporale, les troubles de l'odorat et du goût. Quelquefois la pollakiurie brightique est tardive et contem-

poraine des épanchements séreux, œdèmes et autres sytômes de la maladie constituée. Dans la néphrite interstitielle, elle se complique de polyurie.

Enfin la *dyspepsie*, pour M. le professeur Guyon, peut provoquer, nous l'avons déjà vu, la pollakiurie. Dans ce cas, les facteurs étiologiques ne sont pas « seulement des dyspepsies stomacales, mais aussi les troubles digestifs dus aux lésions intestinales qui réagissent ainsi sur la sécrétion urinaire.

C. — Affections ou États physiologiques des organes génitaux de la femme :

Kystes de l'ovaire.

Fibrômes.

Métrites.

Antéversion.

Rétroversion.

Prolapsus.

Fissures

Déchirures

Polypes

} du col.

Congestion cataméniale.

Grossesse.

Affections vaginales ou vulvaires.

Opérations ou traumatismes portant sur ces régions.

Peu de choses à dire de toutes ces pollakiuries, si ce n'est que celles dues aux déchirures du col sont rares et que, plus souvent dans ce cas, on a affaire à de la rétention réflexe. La pollakiurie gravidique qui peut éclater au début, au cours ou à la fin de la grossesse, est imputable (Barnes et Playfair pour la première période) à la compression de la vessie par l'utérus. Boissard fait jouer le plus grand rôle à l'inflammation. Enfin,

Playfair a décrit une pollakiurie gravidique due à la direction oblique ou transversale de l'axe du fœtus.

D. — Composition anormale de l'urine :

Hydrurie.

Dyscrasie goutteuses (urates, — acide oxalique).

Phosphaturie de certains neurasthéniques ou surmenés.

Acidité exagérée.

Alcalinité (souvent due au pus).

Sucre.

Sang.

	}	Cystite.
Pus.		Pyélite.
		Pyélo-néphrite.

L'*hydrurie* est un phénomène hystérique qui s'accompagne presque toujours de polyurie avec grand excès de chlorure de sodium (Ehrhardt). Boursier a décrit deux espèces d'oxalurie : l'une *physiologique*, liée à une alimentation exclusivement végétale, l'autre *pathologique*, propre aux individus héréditairement prédisposés. De même la *glycosurie* peut être ou *alimentaire* ou *pathologique* (surmenage, diabète). Dans ce dernier cas surtout, elle s'accompagne d'une grande polyurie. La *cystite* se reconnaît à l'absence de douleurs dans l'intervalle des mictions, à leur apparition pendant l'émission de l'urine, et surtout pendant l'expulsion des dernières gouttes.

Enfin, il y existe du pus, et les injections vésicales, si indolentes dans la pollakiurie psychopathique, sont intolérables dans la cystite, point capital.

Dans la *pyélo-néphrite*, le malade présente aussi du pus dans

ses urines qui, même après repos, ne s'éclaircissent jamais complètement.

E. — Ingestion alimentaire ou médicamenteuse :

Café.
Bière.
Vin blanc.
Viandes faisandées.
Fromages avancés.
Asperges.
Cresson.
Haricots verts.
Oseille.
Tomates.
Cantharide.
Séné...

Pour Delefosse, la plupart de ces substances ou de ces légumes agiraient en exagérant la production de l'acide urique.

F. — Irritation mécanique, chimique ou congestive :

Cathétérisme.
Exploration vésicale.
Calculs vésicaux.
Corps étrangers de la vessie.
Hydatides.
Lavages de la vessie avec une substance irritante.
Cystite variqueuse (Tillaux).

Les *calculs vésicaux* constituent une des maladies pour lesquelles la pollakiurie psychopathique peut le plus en imposer, surtout si le spasme et la névralgie vésicale viennent s'ajouter à

cette dernière, c'est en effet le même cadre : Fréquence des mictions plus grande le jour que la nuit « les calculeux sont guéris la nuit » (Guyon), interruption brusque du jet, irradiations douloureuses au gland, à l'hypogastre, au périnée, à l'anus, et qui augmentent avec les secousses. Il reste heureusement le signe de l'hématurie provoquée, quand il existe, par les courses à pied ou en voiture, et les indications fournies par le cathétérisme. Néanmoins, nous comprenons que, dans certains cas, faute d'un examen suffisamment approfondi, on ait pu prendre la pollakiurie psychopathique pour la pierre.

G. — *Grandes névroses :*

Hystérie.

Épilepsie.

Dans l'*hystérie* proprement dite, bien confirmée, la pollakiurie est rare, et on y rencontre bien plus souvent la polyurie ou la rétention, de même que dans l'*épilepsie* on a affaire à l'incontinence qui se produit d'une façon plus ou moins complète à la fin des crises diurnes ou nocturnes.

H. — *Maladies de la moelle et du cerveau :*

Ataxie.

Myélites.

Paralysie générale.

Dans l'*ataxie*, et surtout à la période præataxique, M. le professeur Fournier a décrit tout un ensemble de troubles urinaires très variés, qui peuvent en imposer pour les maladies les plus diverses. Nous ne nous occuperons que de la *pollakiurie tabétique* qui a été rencontrée quinze fois sur quatre-vingt-dix-huit ataxiques présentant des symptômes vésicaux, et sur

un chiffre global de deux cent vingt-quatre malades de M. le professeur Fournier. D'après lui, cette pollakiurie est caractérisée le plus souvent par des besoins impérieux et du ténésme; le malade urine jusqu'à trente fois par jour; il éprouve des « besoins à vide », même aussitôt après la miction, ce qui établit plus d'analogie entre la cystite du col, la cystite blennorrhagique et la pollakiurie tabétique qu'entre celle-ci et la psychopathique car, rarement dans cette dernière, les besoins sont aussi impérieux, et puis, comme le dit Janet: « Le grand caractère des troubles vésicaux d'origine tabétique est la *douleur*; la crise vésicale, douleur vive, aiguë, procédant par accès, souvent à intervalles éloignés, tandis qu'en général la douleur des psychopathes est plutôt sourde et continue ». Enfin, dans quelques cas, la pollakiurie tabétique peut être décélée par l'existence simultanée d'un des signes de Romberg, Westphal et A. Robertson. Néanmoins, nous reconnaissons qu'il est des circonstances où le diagnostic *pourra et devra rester en suspens* jusqu'à plus ample information.

Les *myélites syphilitiques* présentent sensiblement le même caractère de pollakiurie (Sénéchal), mais ce qui distingue, d'après le même auteur, les myélites spécifiques des autres, c'est la précocité d'apparition des troubles vésicaux. La *paralysie générale* offre rarement de la pollakiurie, mais bien plus souvent de la rétention (Geffrier).

CHAPITRE VII

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

Nous avons vu que, dans la moitié des cas, la pollakiurie était précédée, chez l'enfant, par l'incontinence nocturne, lors donc qu'elle remplace cette dernière, elle constitue déjà une amélioration pour le petit malade pris, l'on peut dire, dès le berceau, par l'hypocondrie, qui ne le quittera plus guère. En effet, si la pollakiurie constitue une infirmité moins gênante et point dégradante, elle n'en constitue pas moins un ennui et une source de préoccupations pour un névropathe porté par tempérament au plus noir pessimisme; pour peu que du spasme ou des névralgies s'ajoutent à son mal, il ne doute plus qu'il ait affaire à une maladie organique qui, pour être chronique, ne l'en conduira pas moins au tombeau, « fin de toutes ses misères ». Une fois qu'il est arrivé à la puberté, de nouveaux troubles, c'est du moins ainsi qu'il les interprète toujours, et provenant du fonctionnement normal ou anormal des organes génitaux, se surajoutent chez lui à ces troubles urinaires et assombrissent encore la triste existence de ce malheureux.

La durée de la maladie est impossible à préciser; tantôt la pollakiurie s'étend à toute l'existence, ce fut le cas de J.-J. Rousseau, tantôt elle guérit définitivement, et alors souvent il s'y substitue une forme de spasme quelconque : retard de la miction, jet déformé, bégaiement urinaire, derniers vestiges de la névrose urinaire; tantôt enfin, il se produit des récidives plus ou moins espacées sans causes apparentes ou liées à une

maladie intercurrente qui ramène l'hypocondrie un moment endormie.

Pronostic. Tous le jugent essentiellement favorable au point de vue de l'existence du malade, sauf Harrison, qui, après avoir dit que la vessie irritable excluait en lui « toute idée d'une lésion quelconque de l'organe », pense que « cet état de contraction presque constante où se trouve la vessie peut produire, à la longue, par l'augmentation de tension qui en résulte, des désordres matériels dans les portions des voies urinaires situées en arrière de l'organe. C'est ainsi qu'il se produit peu à peu une dilatation des uretères qui s'étend quelquefois jusqu'aux reins ». Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi, et nous nous rangeons à l'opinion de M. le professeur Guyon, lorsqu'il définit ces neurasthéniques des malades « qui se plaignent toujours et souffrent quelquefois, que vous ne pourrez que difficilement améliorer, que vous ne guérerez pas et que vous ne verrez, d'ailleurs, pas succomber, car ils sont atteints de cette maladie dont on ne guérit pas plus qu'on en meurt : de l'hypocondrie. » C'est le même sentiment qu'exprimait le frère Côme à J.-J. Rousseau lorsqu'il lui disait : « Vous souffrirez beaucoup et vous vivrez longtemps ». Et, de fait, l'autopsie de Jean-Jacques ne révéla aucune lésion en dépit de la longue durée de son affection. Enfin, nous pensons, pour terminer, que le pronostic de la pollakiurie semble s'être considérablement amélioré du fait de la dilatation vésicale employée comme traitement.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

On a proposé une infinité de traitements pour ces troubles urinaires psychopathiques, mais nous ne nous occuperons que de ceux qui concernent la pollakiurie.

Sans parler de la dilatation forcée avec le dilatateur à trois branches, qui n'a guère sa raison d'être que dans le cas où la pollakiurie est compliquée de névralgies vésicales, remède souvent pire que le mal en raison de l'incontinence d'urine qui remplace, pour une durée quelquefois indéfinie, la pollakiurie, nous insisterons sur les traitements surtout moraux et psychiques : *à une affection purement psychique, il faut un traitement psychique*, et comme ces malades se croient le plus généralement atteints d'une affection urinaire, « ils désirent, M. le professeur Guyon le répète, un traitement local avec d'autant plus d'ardeur qu'ils espèrent y trouver, d'une façon directe, un allègement qu'ils ont le plus souvent demandé en vain à de nombreuses médications ». Il ne faut donc pas, comme y incline trop Guiard, adopter un traitement uniforme pour tous ces psychopathes; dès 1891, il proposait de faire à ces malades, pour leur première séance, une injection vésicale de 300 à 400 grammes (chiffre qui nous paraît excessif pour le début), puis, leur ayant ainsi prouvé la tolérance de leur vessie, on leur disait de garder ce liquide quelques instants, et, aux séances ultérieures, on se bornait à leur recommander de se retenir au moins quatre heures, puis, plus tard, cinq à six heures (ce qui,

on le conçoit déjà, avait l'inconvénient de fixer fatalement leur attention sur leur réservoir urinaire). Là se bornait le rôle du médecin. Nous ne nions pas que ce procédé, qui a pour lui au moins le mérite de la simplicité, n'ait pu donner de bons résultats chez des pollakiuriques décidés par avance à se laisser convaincre; mais nous doutons fort, avec Janet, que ce traitement puisse s'étendre à tous nos cas. Quel procédé emploierons-nous donc? C'est en cette circonstance que l'éclectisme est de rigueur et que la conduite du médecin doit se régler sur les fausses conceptions du malade et non les heurter de front; néanmoins, nous avouons, dès à présent, notre préférence pour la *dilatation vésicale lente et progressive*. Il faudra d'abord s'enquérir du genre de nosophobie du patient : redoute-t-il un rétrécissement? lui montrer, par le passage d'un béniqué, que son canal ne présente aucune stricture; se croit-il victime d'une cystite? lui prouver, par la limpidité de son urine et des réactions chimiques, l'absence de pus; se pense-t-il atteint de la pierre? lui introduire l'explorateur de M. le professeur Guyon, qui ne donnera aucune sensation de choc. Si l'on a affaire à une pollakiurie liée à une névralgie vésicale ou à un spasme, la cocaïne, déjà préconisée par Janet (instillations d'une vingtaine de gouttes d'une solution à 5 % dans l'urèthre postérieur et la portion membraneuse) pourra donner de bons résultats; toutefois, les résultats acquis avec elle ne se maintiennent pas toujours. Enfin, il faudra, autant qu'on le pourra, lutter contre l'habitude mauvaise prise par le malade de vider incessamment sa vessie.

Quoi qu'il en soit de ces divers traitements, nous pensons qu'un seul les domine et peut, dans la plupart des cas, les remplacer avantageusement, nous voulons parler de la dilatation vésicale, c'est le traitement préféré de Janet, bon juge en la matière. Déjà, au cours de ses travaux, Genouville avait remarqué que les

pollakiuriques dont il prenait la tension manométrique vésicale étaient sérieusement améliorés par cette intervention. Aussi, Janet eut-il l'idée d'employer systématiquement la dilatation. Voici d'ailleurs comment il la pratique à l'hôpital Necker, et c'est à ces règles dictées par son expérience que nous nous sommes conformé. On commence par vider la vessie avec une sonde molle de Nélaton, puis on y injecte lentement de l'eau boriquée tiède jusqu'à ce que le malade éprouve « une bonne envie de pisser », sans exagérer la pression et en se laissant seulement guider par le malade qui vous arrête à temps. On retire la sonde et on dit au malade « de ne pas uriner le plus longtemps possible et ensuite de ne plus s'occuper de rien ». On injecte ainsi le plus souvent et sans difficulté une quantité de 200 à 250 grammes dès la première séance et elle est gardée entre une et deux heures.

Les séances ont d'abord lieu tous les jours jusqu'à ce que le résultat soit net, puis une fois par semaine ; enfin, on supprime tout traitement. La vessie reçoit ainsi tous les jours une quantité de liquide plus grande avant que l'envie d'uriner se manifeste. Nous sommes allé de cette façon jusqu'à 450 grammes, quantité que nous avons jugé inutile de dépasser. De cette façon on n'obtient « pas à proprement parler une dilatation mécanique, on ne force pas les parois vésicales, mais c'est elle qui consent à recevoir tous les jours une partie plus grande de liquide, de même que, suivant l'expression de M. le professeur Guyon, la dilatation uréthrale doit être dynamique et non mécanique ». La sensibilité à la tension diminue tous les jours et, en une moyenne de deux mois, on peut obtenir, par le procédé de Janet, une guérison assurée ; c'est du moins le résultat qui nous a été fourni par nos quatre malades. Il a même suffi de cinq séances de dilatation à l'un d'eux pour obtenir une réussite qui ne s'est pas démentie depuis, pas plus que chez aucun des autres pollakiuriques traités par nous.

Malgré des succès aussi encourageants, nous pensons, avec M. le professeur Guyon, qu'il est bon d'aider le traitement local par le traitement général de la neurasthénie : douches froides, bains, frictions, massages, préparations toniques dont le fer et le quinquina feront la base.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Obs. VIII in Thèse de Janet).

Jeune homme de 18 ans, neurasthénique, incontinent nocturne, passant à la pollakiurie psychopathique simple.

Antécédents héréditaires : Grand-père paternel, tuberculeux ;
Père, colère ;
Mère, morte en couches ;
Tante, hystérique.

R...., incontinent nocturne, psychopathe urinaire.

Age : 18 ans.

Maladies antérieures : La diphtérie dans son enfance ; suivent divers signes de dégénérescence : tête petite, front bas, cheveux mal implantés....., dents irrégulières, inégales.....

Au point de vue moral, il est soucieux, mélancolique surtout quand il est seul ; il prend note de tous les médicaments qu'on lui donne.

Il ne peut travailler plus de deux heures de suite. Le travail lui cause des lourdeurs de tête très pénibles, pourtant pas de casque neurasthénique.

Il est indécis, irrésolu, timide, aboulique. Il a très peu de mémoire. Il n'a jamais eu de rapports sexuels. Il ne se masturbe pas, la lecture des œuvres de Tissot lui ayant laissé pour ce vice une terreur profonde.

En un mot, c'est un beau type de dégénéré neurasthénique.

C'est un ancien incontinent nocturne. Il a toujours pissé au lit depuis son enfance jusqu'à l'âge de seize ans et demi. Il ne présentait de miction involontaire qu'une fois par nuit. Son sommeil était très profond. Depuis un an et demi il est guéri de cette infirmité, et il note lui-même que depuis cette époque son sommeil est beaucoup moins lourd qu'autrefois. Aussi se lève-t-il maintenant trois fois chaque nuit pour uriner. Quand il boit avant de se coucher et qu'il est un peu fatigué, il lui arrive quelquefois de pisser encore au lit pendant son premier sommeil qui est toujours assez profond. Cet accident ne lui arrive guère que tous les trois mois. R... nous présente donc nettement la transformation de l'incontinence nocturne en pollakiurie nocturne.

Il éprouve aussi fréquemment, surtout la nuit, des lourdeurs vésicales, des élancements au niveau du périnée, des brûlures dans le canal, des piqûres dans la verge, des douleurs dans les reins. Il éprouve souvent de grandes difficultés pour uriner quand il n'a pas bu beaucoup auparavant. Il lui faut faire de grands efforts pour entamer la miction. Souvent il ne peut pisser que goutte à goutte.

L'examen de ses organes ne nous révèle rien d'anormal. Le canal, la vessie et les reins sont absolument sains. La portion membraneuse est, comme toujours, très sensible et un peu contractée. L'urine est normale.

OBSERVATION II (Obs. IX in Thèse de Janet).

Pollakiurie chez un psychopathe de 20 ans, débutant à l'occasion d'une cystite blennorrhagique et se continuant après la guérison de celle-ci.

Antécédents héréditaires : Père, épileptique ;

Mère, rien ;

Sœur, choréique très nerveuse.

B., 20 ans, métreur, n'a pas présenté d'accidents importants jusqu'à sa première chaudepisse contractée en décembre 1888. Il semble prédisposé aux accidents psychopathiques urinaires, car il présente fréquemment de la timidité vésicale et souvent, en allant à la selle, il lui était impossible de vider sa vessie.

La blennorrhagie se compliqua de cystite et d'orchite double; néanmoins en avril 1889, elle était complètement guérie et ne laissait aucune trace de son passage. La pollakiurie qui avait affecté le malade pendant la durée de sa chaudepisse persista, et même s'aggrava après la guérison de cette dernière, c'est ce qui détermina le malade à venir nous consulter.

Age : 20 ans. Apparence d'une très bonne santé. Très impressionnable et surtout très affecté par son hérédité paternelle. Il est indécis, indolent, très timide, il rougit facilement. Il a vu pour la première fois des femmes à 17 ans, mais il a eu peu de rapports avec elles, car il redoute les affections vénériennes.

Pas de maux de tête. Suivent quelques signes de dégénérescence, réflexes rotuliens un peu exagérés.

Les organes urinaires sont aujourd'hui complètement sains, sauf un peu de spasme dans la région membraneuse. Pas trace d'urétrite postérieure. La vessie tient facilement 300 grammes de liquide. Rien à la prostate.

Le malade fait remonter ses accidents actuels aux efforts qu'il a faits pendant sa cystite pour retenir ses envies d'uriner. La pollakiurie qu'il présentait à cette époque s'amenda beaucoup pendant ses orchites, qui probablement l'ont un moment distrait de ses préoccupations vésicales, mais elle reparut avec une intensité qui en fit une véritable obsession pour le malade après la guérison de sa chaudepisse.

Ses envies d'uriner sont très fréquentes. Si le malade s'écoutait, il pisserait toutes les demi-heures. Entre les mictions,

il éprouve continuellement une envie sourde et agaçante d'uriner. Le matin, la miction est facile, mais ensuite elle est très lente à se produire, « la verge se contracte sur elle-même », et quand le malade est parvenu à pisser, il a aussi envie qu'auparavant. Plus il se retient, plus l'urine est longue à venir et plus les envies sont fréquentes ensuite. Quelque soit le nombre des mictions diurnes, le malade dort toute la nuit sans jamais se réveiller.

Quand il a un travail forcé et très pressé, il ne songe plus à uriner, et, alors même qu'il se précipitait vers l'urinoir au moment où ce travail lui arrivait, il est très étonné au bout de deux heures d'avoir complètement oublié son envie d'uriner. Quand il est oisif, le dimanche par exemple, il pisse encore plus souvent que d'habitude. Bien que ce malade se porte très bien, il est très affecté par ses troubles urinaires.

OBSERVATION III (Obs. X in Th. de Janet).

Pollakiurie de naissance chez un homme de 31 ans, exagérée par une blennorrhagie récente.

Th., 31 ans, a uriné au lit jusqu'à l'âge de 3 ans. Depuis, il s'est toujours levé au moins une fois par nuit pour uriner. Quand il se retient et qu'il se rendort, il se réveille rapidement en ressentant de vives douleurs. Dans la journée, il urine au moins toutes les deux heures.

Il a contracté la blennorrhagie en mai 1888. Il n'y a guère que trois mois qu'il en est complètement guéri. Depuis cet accident, les mictions ont encore augmenté de fréquence. Il urine maintenant quinze fois par jour en moyenne et il se lève trois à quatre fois la nuit.

OBSERVATION IV (Obs. XI in Th. de Janet).

*Psychopathie urinaire, pollakiurie chez un homme de 35 ans,
fils d'épileptique.*

Antécédents héréditaires : Père, rien ;
Mère, épileptique.

Ce malade V..., 35 ans, journalier, a eu une chaudepisse à 21 ans et un écoulement insignifiant à 29 ans. Ces deux accidents n'ont eu aucune suite.

Depuis deux mois, il s'aperçoit qu'il urine plus que d'habitude, Il pisso toutes les demi-heures dans la journée, tandis que la nuit il ne se lève jamais pour uriner. A la fin de la miction, il éprouve une petite douleur au bout de la verge. Il part le matin pour aller à son atelier et, pendant le court trajet qu'il fait pour y arriver, il est forcé d'uriner au moins trois fois. Quand il a entamé son travail, il urine beaucoup moins souvent. Au contraire, quand il vient à la consultation de Necker, les envies d'uriner deviennent si fréquentes, qu'il pisserait volontiers toutes les cinq minutes.

Ce malade est d'une sensibilité inouïe ; il pousse des cris dès qu'on approche la sonde de son méat. Le canal est normal. La vessie accepte 300 grammes de liquide. Rien à la prostate, aux reins, ni aux testicules.

OBSERVATION V (Obs. XII in Th. de Janet).

Psychopathie urinaire chez un jeune homme de 24 ans.

F..., 24 ans, tapissier, ne présente pas d'antécédents héréditaires bien nets.

Il n'a jamais pissé au lit, mais depuis son enfance, il souffre de troubles urinaires variés. Il s'est toujours levé une à deux fois par nuit. Il a toujours été absolument incapable de pisser en public, et même, étant seul, il éprouve de grandes difficultés à uriner quand il s'est trop retenu.

A 16 ans, il a commencé à avoir des rapports sexuels, il fournissait alors un coït par jour. Il ne se masturbait pas.

A 20 ans, bien qu'il n'eût jamais contracté la blennorrhagie, il vit ses accidents augmenter d'intensité. Il avait des envies d'uriner fréquentes. Ces envies étaient souvent illusoires. Il se levait trois à quatre fois par nuit. En même temps, il commença à éprouver, dans le ventre, des chaleurs exagérées par l'envie d'uriner. Il remarqua également que quand il se penchait en arrière, il éprouvait une petite douleur aiguë lancinante au-dessous de l'ombilic.

A 22 ans, il alla consulter un médecin qui, croyant avoir affaire à une cystite, lui recommanda de se faire des lavages de la vessie à l'eau de guimauve. Il suivit ce régime sans aucune amélioration pendant deux ans.

Il se présenta à la consultation le 15 octobre 1889 : sa pollakiurie persiste toujours. Il se lève deux à trois fois par nuit. Il éprouve toujours de vagues douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs sont exagérées quand il va en voiture : « Son urine bat dans sa vessie ». L'examen direct nous montre que la vessie est absolument saine ; elle ne contient pas de calculs, elle se laisse distendre sans douleurs, les urines sont normales. Le canal est libre mais la portion membraneuse est très sensible et se contracte devant l'explorateur. Il est nécessaire d'employer un gros béniqué pour vaincre sa résistance.

Réflexes patellaires un peu exagérés. Pas de signe appréciable de neurasthénie.

OBSERVATION VI (Obs. XIII in Th. de Janet).

*Pollakiurie diurne et spasme uréthral chez un psychopathe
âgé de 53 ans.*

S. . . , 53 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires importants. Il a contracté la chaudière à 18 ans. Cette affection ne laissa aucune suite. Néanmoins il conserva une terreur profonde pour cette maladie et il vit très peu de femmes jusqu'à l'âge de 30 ans. De 15 à 30 ans, il s'est masturbé avec frénésie, en moyenne deux à trois fois par jour.

A 30 ans, il commença à éprouver des douleurs de reins et à avoir des mictions plus fréquentes. Il s'inquiéta et cessa de se masturber. Les troubles urinaires s'aggravèrent néanmoins et, au bout de cinq ans il présentait exactement l'état où nous le voyons aujourd'hui. Il a une grande peine à pisser, il est forcé de pousser pendant longtemps pour entamer la miction. Quand il va à la selle, il pisse en deux fois, car il ne peut vider sa vessie pendant la défécation. Il pisse soixante à quatre-vingts fois par jour et, au contraire, il n'est jamais forcé de se lever la nuit pour uriner. Il se couche avec l'envie de pisser, mais il s'endort et ne se réveille plus jusqu'au lendemain matin. Quand il est très occupé à son travail, il pisse beaucoup moins que d'habitude ; il peut ainsi, par une distraction puissante, passer des envies de pisser qui ne reviennent plus. En général, il n'éprouve pas de grandes douleurs ; il se plaint seulement d'une sensation de « poussement » entre les jambes. Il nous énumère en outre une série de troubles variés de tous ses organes. Il a mal aux yeux, à la gorge, etc. . . Toutes ces affections proviennent pour lui de ses anciennes habitudes de masturbation.

L'examen direct de ce malade nous montre que ses organes sont absolument sains. La vessie, qui se vide si souvent pendant

la journée, tient facilement 300 grammes de liquide. Elle n'est nullement douloureuse à la pression. L'urèthre et la prostate sont dans un état normal.

La portion membraneuse est d'une grande sensibilité et se contracte violemment devant l'explorateur.

On détermine l'envie de pisser en la comprimant contre le pubis avec le doigt introduit dans le rectum. Une fois la vessie évacuée, l'envie de pisser persiste à cause de la présence de la sonde dans l'urèthre.

Les urines sont absolument normales.

Nous soumettons ce malade aux instillations de cocaïne et au passage répété de gros béniqués. A la suite de ce traitement, il pisse aussi souvent que par le passé, mais sans effort. Nous avons donc surtout agi sur le spasme.

OBSERVATION VII (Obs. XIV in Th. de Janet).

Psychopathie urinaire caractérisée surtout par le spasme de la région membraneuse et la pollakiurie chez un neurasthénique.

Antécédents héréditaires : Père, buveur, très impressionnable ;
Mère, rien ;
Frère, aliéné.

Ch..., 28 ans, n'a jamais pissé au lit étant jeune. Il s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 26 ans. Néanmoins, depuis l'âge de 20 ans, quoiqu'il n'ait jamais eu la chaudepisse, il a pris l'habitude de se lever une fois par nuit pour uriner, entre une heure et deux heures du matin. De 25 à 26 ans et demi, il se soumit à un travail de tête exagéré qui ne tarda pas à faire de lui un neurasthénique grave. Il éprouve, depuis cette époque, de violents maux de tête à maximum occipital. Il ne peut suivre une lecture pendant plus d'une heure. Ses yeux se

brouillent et il oublie absolument les phrases qu'il vient de lire. De temps à autre, il éprouve des douleurs au niveau du sacrum.

Il est timide, triste. Il n'a vu des femmes qu'à partir de 22 ans.

La voûte palatine est plus qu'ogivale; elle est tellement profonde et étroite qu'elle n'admet pas à son sommet le bout du petit doigt. Les yeux sont un peu saillants. Pas de troubles oculaires, sauf l'amblyopie, pendant le travail de tête. Organes urinaires absolument sains. Jamais d'hématurie, urines très claires. Rien à la vessie, ni au canal, ni à la prostate, ni aux reins.

Le malade se plaint que depuis dix-huit mois, ses mictions sont devenues très pénibles et très fréquentes. Au lieu de ne se lever qu'une fois par nuit, comme autrefois, il se lève quatre fois pour uriner. Il passe sept à huit minutes, quelquefois un quart d'heure, quelquefois même une demi-heure, à faire des efforts violents pour entamer la miction. Le jour, il urine tantôt normalement, tantôt avec autant de difficulté que pendant la nuit.

Quand il a beaucoup marché, il urine bien plus facilement.

OBSERVATION VIII (Obs. XV in Th. de Janet).

Pollakiurie psychopathique chez un homme de 46 ans.

Antécédents héréditaires : Père, mort d'hémorrhagie cérébrale;
Mère, très nerveuse, ancienne hystérique.

Il a un enfant incontinent nocturne.

D..., Auguste, 46 ans, employé, ne présente comme antécédent vénérien qu'une blennorrhagie sans conséquences contractée à l'âge de 19 ans.

Depuis, sept à huit ans, il éprouve très fréquemment, sans cause apparente, au périnée une pesanteur qui s'étend de l'anús à toute la verge. En même temps, la fréquence des mictions augmente. Il pisse toutes les heures pendant le jour, et il est forcé de se lever trois à quatre fois par nuit.

L'examen direct montre que les organes génito-urinaires sont absolument sains. La portion membraneuse est très sensible.

OBSERVATION IX (Obs. XVI in Th. de Janet).

*Néuralgie vésicale et pollakiurie chez un psychopathe
hypocondriaque.*

P. . . , 40 ans, est un homme très robuste; son père et sa mère vivent encore et sont bien portants; ils sont tous deux très vifs, très emportés, très impressionnables. On ne trouve aucun autre antécédent névropathique dans sa famille.

Il est sombre, triste, timide, il n'a jamais osé avoir des rapports sexuels à cause de la crainte qu'il a des maladies vénériennes. Il s'est beaucoup masturbé jusqu'à l'âge de 20 ans. Il continue encore aujourd'hui plus modérément, à raison de deux fois par semaine. Il prétend du reste qu'il n'est nullement porté pour les femmes.

Le début de ses accidents actuels remonte à trois ans. Une après-midi, sans cause apparente, sans aucun excès préalable, il fut subitement atteint de rétention. Cet accident fut de courte durée, mais il se reproduisit un mois après. Depuis ce moment, son urètre est devenu l'objet de ses préoccupations constantes.

Il urine très fréquemment, mais d'une manière très variable.

Il se lève de deux à huit fois par nuit pour uriner.

Le début de la miction est pénible et lent à se produire.

Il éprouve au niveau du pubis une douleur continue, avec exacerbation de temps à autre. Il dépeint cette douleur par les

termes les plus imagés : « Il souffre à en pleurer, à en pousser des cris, à se rouler par terre ; la fièvre lui sort par la verge. ».

L'examen direct nous montre qu'il existe une sensibilité un peu exagérée de la portion membraneuse. L'urèthre est, à part cela, absolument normal ; la prostate est saine. La vessie se laisse distendre sans aucune douleur ; elle n'est pas sensible à la pression. Les reins sont en bon état. Léger degré d'anesthésie pharyngée.

OBSERVATION X (Obs. XXIII in Th. de Janet).

Hypocondrie urinaire et pollakiurie débutant chez un psychopathe de 25 ans à l'occasion de sa première blennorrhagie et après la guérison de celle-ci.

Antécédents héréditaires : Père, mort à 54 ans ;
Mère, 59 ans, très nerveuse, très impressionnable ;
Sœur, hystérique ;
Frère, bien portant.

P. . . , employé, âgé de 25 ans, présente une ancienne hémiplegie infantile gauche avec rétractions musculaires et atrophie de la moitié gauche du tronc et de la face.

Il n'a pas eu de convulsions, étant jeune. Il n'a pas pissé au lit. Jusqu'à 7 ou 8 ans, il a présenté un prolapsus rectal assez important qui a nécessité l'emploi d'un bandage spécial. Sensibilité égale des deux côtés. Sens normaux. Pas de signes nets de neurasthénie. Avant de contracter la blennorrhagie il se portait très bien. Il ne se levait jamais la nuit pour pisser et il n'urinait que trois fois par jour. Jamais il ne se masturbait.

Il ne commença à voir des femmes qu'à 23 ans. Il a toujours été très craintif à leur égard. Il n'a jusqu'à présent coïté que

vingt-cinq fois. Il redoute énormément les maladies vénériennes. Cette crainte qui le poursuit lui enlève souvent tous ses moyens au moment de pratiquer le coït : c'est un « rateur ».

A la troisième rencontre, il contracta la blennorrhagie. Cette affection lui produisit un effet moral considérable « qui lui gâta le sang ». En effet, depuis ce moment, il n'a pas cessé de souffrir et de déplorer son mal.

Cette chaudepisse ne fut pas grave et ne laissa même pas de goutte matinale à sa suite ; malgré cela, elle fut pour lui, dès son début, l'occasion de douleurs variées et surtout de fréquences des mictions. Elle dura un an. Quand elle fut terminée, tout le cortège d'accidents psychopathiques qu'elle avait amené n'en persista pas moins, sans même diminuer d'intensité.

Depuis cette époque, il pisse toutes les dix minutes quand il marche, toutes les heures quand il reste assis. La nuit, il est forcé de se lever quatre à cinq fois.

La miction est difficile à entamer ; « l'urine, dit-il, s'arrête au col ». Le malade est obligé de faire des efforts pendant quelques secondes pour vaincre cette résistance, qu'il attribue à l'existence d'une « peau au col ». La fin de la miction n'est pas plus normale que son début, elle est constituée par l'issue de gouttes d'urine nombreuses. Le malade a beau secouer sa verge, la presser, il en sort toujours de nouvelles. Quand il la rentre dans son pantalon, les dernières gouttes mouillent encore sa chemise. Quand, immédiatement après avoir pissé, il se rassied, de nouvelles gouttes sortent encore de son méat et le mouillent, après lui avoir procuré une légère cuisson urétrale. Ces dernières gouttes sortent souvent sous forme d'un petit jet, d'une véritable éjaculation. C'est un coup de piston retardé. Quand il va à la selle, il ne peut vider sa vessie en même temps que son rectum. A peine levé, il est obligé de vider l'urine que sa vessie contient encore.

Les envies d'uriner sont toujours très impérieuses. Il n'a jamais eu de timidité vésicale.

Pour ce qui est des douleurs, nous laissons la parole au malade qui nous a apporté un résumé de ce qu'il éprouve, tiré à deux exemplaires de peur de l'égarer.

« J'éprouve sur les genoux et les cuisses, surtout aux endroits où porte mon pantalon, tantôt des douleurs lancinantes, tantôt un sentiment de fraîcheur ou de chaleur intense; quelquefois cela se propage sur les bras.

Dans quelque position que je sois, j'éprouve aux bourses et dans tout l'organe urinaire une sensation douloureuse que je ne saurais définir : espèce de courant frais qui part du haut du canal pour tomber dans le derrière des bourses, vers l'anus, et se propager dans tout l'appareil. J'y éprouve également de petits picotements presque continuels.

Il me semble fréquemment qu'il me tombe des gouttes d'eau sur les yeux, les joues et principalement les jambes. Quand je marche, on dirait qu'il pleut — si je puis m'exprimer ainsi — sur mes cuisses et jusque dans mes bas, une multitude de gouttelettes tantôt froides, tantôt tièdes, tantôt brûlantes, et j'urine quatre ou cinq fois par heure au moins.

J'ai continuellement les cuisses mouillées, ainsi que les parties qui sont continuellement glacées.

J'ai fréquemment mal au bout de la verge et dans le canal par lequel j'éprouve une sensation fréquente d'écoulement, surtout lorsque je m'assieds ou que je me remue sur ma chaise.

J'ai toujours envie d'uriner; la miction ne s'effectue pas facilement; l'urine s'arrête dans le canal, surtout au haut.

Je souffre toujours des parties, particulièrement pendant l'hiver et pendant les temps humides. »

L'examen direct nous montre que la vessie tient facilement

300 grammes de liquide, tandis que les mictions ordinaires du malade sont de 50 à 70 grammes.

L'urèthre est libre. La portion membraneuse n'est pas très serrée, sa sensibilité est légèrement exagérée. Rien à la prostate. Réflexes normaux. La pupille droite est un peu affolée devant la lumière, elle se contracte d'abord, puis se dilate et se contracte alternativement et finalement reste contractée. Il existe certainement là une incertitude de l'accommodation importante à noter. Pas de signe de Romberg.

OBSERVATION XI (Obs. XXXVII in Th. de Janet).

Troubles psychopathiques urinaires pouvant en imposer pour un début d'ataxie, chez un neurasthénique de 26 ans.

Antécédents héréditaires : Père, très emporté ;
Trois oncles paternels, bizarres,
très emportés ;
Mère, nerveuse, impressionnable.

H..., 26 ans, garçon d'hôtel, a présenté une bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de 24 ans. C'est à cette époque qu'ont débuté chez lui les signes de la neurasthénie.

Il éprouve une céphalée frontale et occipitale continuelles. Quand il lit, cette céphalée augmente, ses yeux se brouillent. Il a perdu la mémoire. Il éprouve une lassitude constante. Quand il monte un escalier, il a des vertiges et est forcé de s'asseoir à chaque étage. Il a beaucoup maigri. Au point de vue urinaire, ses troubles psychopathiques remontent loin. Il a pissé au lit jusqu'à 15 ans. Depuis cette époque, il a toujours eu de la pollakiurie. Il pissait cinq ou six fois pendant l'heure qui suivait ses repas.

En 1886, il contracta la blennorrhagie. Cette affection fut guérie en quelques mois, mais elle a exagéré beaucoup les troubles urinaires antérieurs. C'est ce qui décide le malade à venir nous consulter. Il se plaint d'uriner très fréquemment pendant le jour, au moins toutes les heures. Après chaque repas, il est forcé d'uriner deux à trois fois dans une demi-heure. Ces envies sont impérieuses; s'il tarde à les satisfaire, il perd quelques gouttes d'urine dans son pantalon. Après la miction, l'urine s'écoule encore pendant longtemps sous forme de gouttes successives. Il ne se lève jamais la nuit pour uriner, mais aussitôt qu'il est réveillé, l'urine s'écoule et il n'a que le temps de se précipiter sur son vase pour ne pas mouiller ses draps. Il éprouve fréquemment des douleurs très vives au bout de la verge, surtout quand il tousse. Il en ressent également dans les bourses et dans le bas-ventre. Ces douleurs s'exagèrent après la miction. Ce malade neurasthénique au dernier degré présente de nombreux signes de dégénérescence :

La face est anguleuse, considérable par rapport à son crâne. Les cheveux sont mal implantés. La voûte palatine forme une carène profonde. Les oreilles sont peu ourlées et écartées de la tête. Réflexes rotuliens un peu exagérés. Réflexes buccaux normaux. On n'observe sur lui ni le signe de Romberg, ni le signe d'A. Robertson.

L'exploration directe nous montre que le canal et la vessie sont dans un état normal. La région pénienne présente une sensibilité un peu exagérée. La vessie tolère facilement 300 grammes de liquide. Rien à la prostate.

Pas de troubles génitaux.

Nous soumettons ce malade à des instillations de cocaïne. Au bout d'un mois, il nous annonce qu'il va beaucoup mieux. Il urine moins souvent. Il ne perd plus de gouttes d'urine.

OBSERVATION XII (Obs. III in Th. de Janet).

Pollakiurie diurne et quelques légers troubles urinaires persistant après la guérison d'une blennorrhagie.

W....., 24 ans, employé de commerce, est guéri depuis un an de sa première chaudepisse, qui a duré trois mois. Depuis cette époque, le malade se plaint d'uriner très fréquemment pendant le jour, bien que la nuit il ne se lève jamais pour pisser.

La miction est facile; mais quand elle est terminée, il s'écoule du méat une série de gouttes d'urine qui forcent le malade à attendre assez longtemps que ce prolongement anormal de la miction soit terminé.

Quand il urine en allant à la selle, il ne peut le faire qu'incomplètement. Il ne vide que la moitié du contenu de sa vessie et aussitôt levé il sent de nouveau le besoin d'uriner. Il y obéit immédiatement et termine ainsi cette miction qui a lieu en deux actes. L'examen direct nous montre que l'urèthre et la vessie sont dans un état normal. Il n'y a pas d'urétrite postérieure.

La portion membraneuse présente une sensibilité exagérée et se contracte spasmodiquement devant l'explorateur. Nous faisons à ce malade des instillations de cocaïne qui ont pour effet de diminuer de beaucoup le nombre des mictions et de lui permettre de mieux vider sa vessie en allant à la selle.

L'action des instillations est surtout nette le jour où elles sont faites; le lendemain, les accidents reparaissent. Néanmoins, au bout d'un mois de traitement, le malade se trouve très amélioré et cesse de venir nous consulter.

OBSERVATION XIII (Obs. XCV in Thèse de Geffrier, 1884).

Observation d'un malade hypocondriaque spermatorrhéique avec troubles de la miction, écrite par lui même dans tous ses détails.

« Ma mère est très nerveuse.

Tout enfant, en nourrice, maux de tête plusieurs fois.

De 4 à 6 ans, apparence de la force et de la santé.

De 7 à 15 ans, diarrhées fréquentes (les vers, disait-on; j'en rendais beaucoup par le bas, quelquefois par le haut).

De 16 à 18 ans, mélancolie douce, amour exclusif de l'étude.

Longues veilles en plus du travail quotidien. Cet amour de l'étude a toujours persisté et m'absorbe encore.

19 ans, mélancolie triste; bizarreries d'esprit, mal moral, masturbation quatre ou cinq fois au plus dans l'espace de trois ans et demi. Constipation.

20 à 21 ans, vie difficile, mauvais régime, constipation opiniâtre, maux de tête, malaise général, ennui, commencement d'un relâchement d'urine (cependant cette faiblesse de la vessie s'était déjà fait sentir un peu antérieurement); elle passe et revient et *vice versa*. Maux de tête, perte de mémoire, hébétude, idées de suicide, conservation de l'appétit.

Ici, un incident, s'il vous plaît. Une nuit, au lit avec une femme, sympathie sentimentale mutuelle; mais, chez moi, virginité, méfiance, orgueil (singulier), lutte de l'esprit contre la chair. Je ne veux rien faire, je ne fais rien. Une autre fois, même répétition. La chair parle, l'esprit refuse et l'emporte. En rentrant chez moi, je perds connaissance. Mon malaise gagne, mon relâchement de vessie reprend de plus belle. J'attribue cette rechute à cet incident ou aux efforts nécessités par la

constipation. L'envie d'uriner me prend toutes les dix ou quinze minutes, suivie de douleurs vagues (irritation produite par la fréquence, sans doute).

Pas de pertes encore, symptômes (au moins moraux) selon moi de l'hypochondrie.

De 22 à 24 ans et demi, je combats la constipation. Rien ne fait, je n'obtiens de résultat relatif qu'au bout d'un an et plus.

Pendant cet intervalle, la fréquence d'uriner a quelquefois cessé tout à fait, mais pour peu de temps.

Longtemps des maux d'estomac intolérables ; disparaissent peu à peu. Abdomen toujours très douloureux (mon plus grand mal). Digestion très pénible, grande faiblesse, pertes naturelles assez fréquentes suivies toujours de pertes inconscientes. Masturbation (23 ans et demi), le plus souvent à intervalles éloignés, suivie toujours de dégoût (vingt à trente fois au plus en près de deux ans). Selle quotidienne, mais chaque fois incomplète et fiévreuse, donne peu de soulagement, névralgies violentes et répétées (températures froides, je crois), malaise général, idées de suicide ; vois le médecin, met tout sur le compte des nerfs, ordonne bromure. Abdomen soulagé un moment, puis retour du mal ; je continue, l'effet en mieux se maintient, mais trop faiblement (grands maux de tête). Vois un autre médecin : « Névrose, dit-il ; des douches, certaines pilules, de l'eau de Janos comme laxatif. » Un peu de mieux encore, il me semble, mais continue d'uriner fréquemment ; je le revois spécialement pour ça, a l'air de n'y rien comprendre, m'approuve de voir un spécialiste. Viens à Necker, connaissant de réputation M. Guyon.

Tenir compte, je vous prie, de l'« allure d'esprit » du sujet. Beaucoup du bizarre Jean-Jacques des *Confessions* dans ce sujet-là.

Ai eu des rhumes (deux ou trois), un peu d'irritation de poitrine. Désirerais être ausculté, si vous le trouvez bon.

État actuel, Necker, 1881 :

Tête : lourdeur, douleurs vagues, étourdissements, éblouissements, bruissements dans les oreilles, perte de mémoire, esprit fatigué, surtout la nuit.

Douleur dans le dos, courbature générale, chaleur brûlante dans les mains, engourdissements, douleurs aux articulations, abdomen douloureux, empâtement, constipation, mauvaise bouche, digestion pénible, sommeil lourd et agité, envies fréquentes d'uriner : la nuit cinq, six, sept fois sans douleur, si je ne me retiens pas ; douleurs vagues après, si je me retiens, faiblesse (ennui ancré). »

OBSERVATION XIV (*Raphaël. Irritability of the Bladder due to Neurosis, in New-York medical Journal, 1883*).

D. K... , marchand, âgé de 35 ans, marié, père de famille, quatre enfants, n'a jamais eu aucune maladie génito-urinaire ; pâle, tempérament nerveux. Il y a un an, commença à souffrir de difficulté à retenir son urine. Au début, il pouvait retenir son urine pendant environ quatre heures ; mais depuis quelque temps il était obligé de vider sa vessie toutes les demi-heures ; la nuit, il urinait seulement toutes les deux heures. Dans les temps chauds, il pouvait retenir son urine plus longtemps. Un examen soigneux ne découvrit ni pierre, ni hémorroïdes, ni aucun état anormal de l'urine. État général tout à fait bon, et à part cette maladie, cet homme jouissait d'une assez bonne santé. Traité déjà depuis près d'un an par son médecin, principalement avec des doses de morphine prises le soir et le matin. Il avait souffert d'une sciatique, il y a deux ans environ. « Je considérai son cas comme une simple névrose de la vessie, et lui donnai trois gouttes de liqueur de Fowler, et trois grains de quinine trois fois par jour pendant une semaine, à la fin de

laquelle il rapporta qu'il était entièrement débarrassé de son mal. »

OBSERVATION XV (Résumé de l'Obs. IV in Bazy. — *Étude sur les faux urinaires, et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques.* — *Archiv. génér. de méd.*, octobre 1890).

Homme âgé de 37 ans, hypocondriaque, obsédé par une syphilis et une blennorrhagie très anciennes, disparues sans traces, ainsi que par des troubles gastriques (gaz, renvois acides et brûlants après les repas), auxquels il attribue tour à tour ses accidents vésicaux. Urine normale. Examens du canal et de la prostate négatifs. D'autre part, ces troubles urinaires (envies fréquentes, sensation de tension dans le bas-ventre, impossibilité prétendue de vider sa vessie en une seule fois, jet d'urine diminué, difficulté pour commencer à uriner) sont de date relativement récente; ils existent surtout depuis quatre mois, depuis que le malade a eu connaissance des souffrances ressenties par un de ses cousins atteint de cystite blennorrhagique.

OBSERVATION XVI (Résumé de l'Obs. V in Bazy, *ibid.*).

Prêtre, âgé de 40 ans qui, un an et demi auparavant, à la suite d'une longue station au confessionnal pendant laquelle il n'avait pu uriner, eut pendant quinze jours des envies fréquentes qui cessèrent ensuite.

En juillet 1888, il est repris sans motif des mêmes accidents d'une durée égale; il y a six mois ils ont reparu et n'ont guère cessé depuis lors.

Actuellement (le 5 mai 1890) les envies fréquentes sont réprimées difficilement. Aucune douleur. Urines et voies urinaires normales. Gaz, ballonnement du ventre. Pusillanimité très grande, scrupules presque ridicules, intelligence peu développée.

OBSERVATION XVII (Résumé de l'Obs. I in Guiard. — *De la pollakiurie psychopathique et de son traitement.* — *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1891).

Homme de 43 ans, inspecteur du *Petit Journal*, urine cinq à six fois par nuit, le jour toutes les demi-heures. Lorsque ses envies ne sont pas satisfaites, apparaît une douleur assez vive dans l'aîne du côté gauche; elle disparaît dès que la vessie s'est vidée. Urines claires, pas de douleur, ni pendant ni après la miction. La voiture est très bien supportée. Ce malade est nerveux et impressionnable. Ni sucre, ni albumine, quantité d'urine normale, aucun signe d'affection cérébrale ou médullaire.

La fréquence des mictions remonte à deux blennorrhagies contractées en 1866 et 1867, la deuxième compliquée d'orchite; toutefois la guérison paraît avoir été complète de bonne heure.

En 1868, Ricord avait conclu à une névrose et prescrit des lavements froids, des frictions avec de l'huile de croton sur la région douloureuse de l'aîne gauche. En 1875, Mallez conseille le buchu et l'hydrothérapie; plus tard, le professeur Guyon prescrit l'eau de Contrexéville, le bicarbonate de soude, le bromure de potassium et les frictions sèches. Guiard ne connaissant pas encore la pollakiurie psychopathique, songe à une uréthrite postérieure (des filaments et des grumeaux apparaissaient dans le premier jet d'urine); il fait alors trois ou quatre instillations de nitrate d'argent, les filaments diminuent, mais les mictions subsistent fréquentes. A une autre séance, 400 grammes d'eau boricuée injectés dans la vessie sont rejetés quelques minutes après; il n'y a donc pas de rétention incomplète d'urine et le réservoir urinaire peut contenir, mais non pas retenir. Guiard songe à ce moment à un affaiblissement du sphincter urétral, quoique d'ordinaire il produise de l'incontinence et non pas les mictions fréquentes. Néanmoins il essaie d'une électrisation

localisée du sphincter, mais sans amener aucune amélioration. Alors seulement Guiard comprend qu'il a affaire à des troubles psychopathiques, et sa seule prescription consiste en celle-ci : défendre au malade d'uriner plus souvent que toutes les quatre heures. « Comme il se récriait en disant que très certainement sa vessie allait éclater, qu'il serait incapable de résister à la douleur de l'aine qui accompagnait le besoin d'uriner, je lui rappelai que sa vessie avait pu contenir facilement 400 grammes de liquide et je lui affirmai très énergiquement qu'il n'avait rien à craindre, qu'il n'avait aucune maladie, mais seulement qu'il avait laissé sa vessie prendre de mauvaises habitudes. » Dès le lendemain, cet homme n'urina plus que six fois en vingt-quatre heures, enfin seulement quatre fois. Le résultat s'est maintenu et le malade, qui n'avait osé se marier à cause de son infirmité, le fit, et est aujourd'hui père de famille.

OBSERVATION XVIII (Résumé de l'Obs. II in Guiard, *ibid.*).

Homme de 41 ans, urine la nuit toutes les heures et demie et le jour toutes les heures. Difficultés assez grandes de miction (spasme); il n'a jamais eu un jet normal, ni comme volume, ni comme force de projection. Ces difficultés ont augmenté considérablement depuis cinq ans; en outre, depuis trois ans, s'est installée la fréquence des mictions.

Deux uréthrites blennorrhagiques à 20 et 25 ans. Traité depuis à tort pour rétrécissements, sans exploration préalable avec l'explorateur à boule olivaire, par un spécialiste de Bruxelles (dilatation progressive).

Le malade a continué depuis, sans résultats, sa dilatation et sans dépasser la bougie n° 15 de la filière Charrière. Guiard introduit l'explorateur à boule n° 21 sans obstacle, donc il n'y a pas de rétrécissement. Il prescrit alors les mictions très

espacées et le malade, après quelques jours, n'urine plus que six à sept fois par vingt-quatre heures, dont une fois pour la nuit.

OBSERVATION XIX (Résumé de l'Obs. III in Guiard, *ibid.*).

Homme âgé de 28 ans, urine douze à quinze fois en vingt-quatre heures, ne se relève pas la nuit.

Deux blennorrhagies : la première en 1880 ; la seconde, très longue, en 1883, a duré 5 ans ; c'est vers la fin de la deuxième année de cette blennorrhagie que la fréquence des besoins s'est montrée sans cystite blennorrhagique.

Après deux jours de traitement, il urine seulement cinq fois par vingt-quatre heures.

OBSERVATION XX (Résumé de l'Obs. IV in Guiard, *ibid.*).

Homme de 34 ans, très nerveux, très impressionnable, se présente le 20 février. Il déclare dès les premiers mots avoir été atteint de cystite et de prostatite tuberculeuse (diagnostic des docteurs Blachez et Campenon il y a dix ans). Ces messieurs n'avaient parlé devant lui que de cystite bacillaire, mais le malade s'était procuré des ouvrages spéciaux et n'avait pas tardé à connaître le sens de cette expression. D'ailleurs, le traitement qui lui avait été prescrit consistait principalement en huile de morue l'hiver, granules arsénieux et hydrothérapie l'été.

Il n'a jamais eu de blennorrhagie. Il est arrivé à l'âge de 34 ans sans avoir jamais vu de femme et sans avoir osé se marier en raison de son état maladif. Depuis l'âge de 18 ans, il avait eu de temps en temps des pertes séminales. A partir de 23 ans, lorsque ces pertes avaient lieu, elles étaient fréquemment suivies d'une sensation de brûlure dans le canal.

A 24 ans, les envies fréquentes d'uriner s'étaient montrées. Elles se répétaient jusqu'à sept et huit fois la nuit, et le jour en proportion, et elles s'accompagnaient d'une douleur assez vive en urinant et après avoir uriné. Interrogé sur les caractères que présentaient alors ses urines, le malade répond qu'il les a plus d'une fois recueillies dans une bouteille pour les montrer à ses médecins et qu'elles étaient souvent troubles et avec dépôt, mais il n'a jamais remarqué qu'elles le fussent au moment où il urinait.

Il y a trois ou quatre ans, les symptômes persistant avec plus ou moins d'intensité, il a pris des capsules de santal qui ont paru l'améliorer. Actuellement les mictions se répètent trois ou quatre fois la nuit et toutes les deux heures le jour. Il est rare qu'il puisse attendre trois heures. Il n'y a plus aucune douleur. A l'examen direct, on constate que les épидidymes et les cordons sont en aussi parfait état que possible. Prostate et vésicules séminales très souples, pas la moindre bosselure. La pression de la vessie contre la face postérieure du pubis n'éveille aucune autre sensation que le besoin d'uriner. Les urines rendues devant moi sont d'une limpidité parfaite. Dilatation très marquée d'estomac, troubles digestifs multiples, flatulences, aigreurs, constipation habituelle, quelquefois crises de gastralgie. Je conseille au malade de s'occuper de son estomac beaucoup plus que de ses voies urinaires et de suivre le régime de Bouchard. Pour ses envies fréquentes, je l'engage à se retenir et à rester au moins quatre heures sans uriner.

Quinze jours plus tard, le malade vient m'annoncer que son estomac va beaucoup mieux et qu'il a pu rester cinq heures sans uriner. Dès la deuxième nuit, il ne se levait plus qu'une seule fois. Cet état s'est maintenu, mais au bout de deux heures l'envie d'uriner commence à se faire sentir ; le malade y résiste et bientôt le besoin disparaît. Je lui donne alors le conseil de

ne plus se lever du tout pendant la nuit et de résister quoi qu'il arrive. Dix jours plus tard il écrivait qu'il ne s'était pas relevé la nuit depuis huit jours et qu'il n'urinaît plus que quatre fois en vingt-quatre heures.

OBSERVATION XXI (Obs. I in Hartmann. — *Des Névralgies vésicales*).

Névralgie vésicale et lombaire avec pollakiurie et symptômes de contracture dite du col vésical. Neurasthénie.

D..., 53 ans.

Vers l'âge de 20 ans, il a eu deux blennorrhagies qui ont duré quelques mois et se sont terminées sans accident.

En 1871, troisième blennorrhagie suivie de cystite guérie complètement au bout de peu de temps.

En 1875, nouvel écoulement de courte durée, mais suivi de symptômes de cystite. Depuis cette époque jusqu'à ces derniers mois, ce malade n'a rien éprouvé de spécial. Il y a quatre à cinq mois, sans nouvelle contamination, il commença à avoir de la peine à uriner, en même temps que les mictions devenaient plus fréquentes et qu'il éprouvait d'une façon presque continuelle, mais s'exaspérant de temps à autre, des douleurs au niveau du col de la vessie et des régions lombaires.

Ces douleurs existent dans l'intervalle des mictions; elles s'exaspèrent dans les moments qui la précèdent et pendant qu'elle a lieu, pour s'apaiser momentanément pendant les instants qui la suivent.

Les mictions sont fréquentes : vingt par jour.

Bien que les envies soient pressantes, le plus souvent le malade ne peut satisfaire immédiatement le besoin; il reste une, deux minutes, quelquefois plus, sans pouvoir uriner. Le jet sort sans force, très mince, éparpillé, pour augmenter un peu d'intensité au milieu de la miction.

Les urines sont claires sans filaments, ni dépôt, ni sucre, ni albumine.

Rien à l'examen de la vessie qui n'est sensible ni au niveau de son col, ni au niveau de son fond. Seule la région membraneuse a résisté au passage de la sonde, qui a déterminé de la douleur à ce moment. Pas de sécrétion ni dans l'urèthre antérieur, ni dans l'urèthre postérieur. La prostate ne présente rien de spécial. Le malade a toutes les apparences du névropathe, il s'inquiète à l'excès, se croit sérieusement atteint, pose mille et une questions, etc...

Il a entendu parler de la cocaïne, en désire. Nous lui faisons quelques instillations. Chaque fois ses douleurs disparaissent complètement pendant vingt-quatre à trente-six heures environ et s'atténuent d'une façon notable.

Mais au bout de quelques mois, l'action de la cocaïne est usée comme celles de toutes les médications antérieures; le malade souffre comme auparavant, la cocaïne n'agit plus; il veut du nouveau. Nous le soumettons à un traitement régulier (hydrothérapie et bromure).

OBSERVATION XXII (*White in Journal of cut. and gen-ur Dis. New-York. Mars 1888*).

Néuralgie vésicale idiopathique chez un mécanicien.

J. P..., âgé de 35 ans, marié, mécanicien sur une ligne d'«elevated railroads», a eu une blennorrhagie il y a treize ans, s'en est complètement guéri. Fut pris il y a deux ans d'envies fréquentes d'uriner; la miction se faisait avec difficulté et était chaque fois suivie d'une douleur assez intense partant de la région dorsale et descendant le long des uretères vers la vessie où il éprouvait une sensation de pesanteur pénible.

Jamais aucune rétention d'urine, aucun signe net de cystite. Son médecin ordinaire lui donna quelques médicaments qui le soulagèrent passagèrement.

Mais la fréquence des mictions continua; fréquemment il éprouvait une sensation de brûlure au col de la vessie.

Les envies d'uriner étaient impérieuses.

La nuit, dans le décubitus tous les symptômes cessaient; mais dès qu'il était au travail, il éprouvait une sensation de trépidation transmise par la machine au col de la vessie et immédiatement après il avait un besoin d'uriner. S'il tentait de résister à celui-ci, l'urine sortait malgré lui.

L'urèthre mesuré avec l'instrument d'Otis donnait des dimensions normales.

Rien ne pouvait expliquer l'irritabilité vésicale, à part l'excitation mécanique de sa locomotive transmise à l'urèthre et au col de la vessie par le siège étroit et dur sur lequel le malade passait des heures pendant la journée. Je lui conseillai de mettre un coussin sur le siège, de s'asseoir un peu latéralement et obtins ainsi rapidement la guérison de l'affection.

OBSERVATION XXIII (Résumé de l'Obs. I in Janet. — *Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie.* — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, février 1895).

M^{me} C..., 48 ans, famille nerveuse, a uriné au lit jusqu'à l'âge de 6 ans. Aucune maladie jusqu'à 33 ans. A eu un enfant à 25 ans. Aucun accident utérin.

A 33 ans, les mictions deviennent fréquentes d'abord le jour, puis jour et nuit. On croit à une cystite et on lui fait des injections irritantes, probablement au nitrate d'argent; il en résulte une aggravation, séjour de cinq mois au lit, amélioration, mais

reprise avec le moment où la malade recommence à se lever. Un autre médecin croit voir une origine utérine à cet état, et introduit des tampons glycélinés dans le vagin de la malade. Un autre médecin lui fait des instillations, résultat encore déplorable. A cette époque, cette femme urinait cinquante fois par jour et six fois par nuit. Ce même état persiste pendant sept ans en dépit de tous les traitements suivants :

1° Incision du col de l'utérus pour obtenir l'élargissement de son orifice;

2° Traitement électro-thérapique;

3° Ablation de l'utérus et des ovaires.

Tous ces traitements appliqués par des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. Ces quinze années de traitement se sont donc écoulées en pure perte.

Cette malade vint alors, en juillet 1894, me trouver; elle urinait toujours une cinquantaine de fois en vingt-quatre heures et six à dix fois par nuit. Pollakiurie douloureuse, persistance d'épreintes vésicales après la miction, envie d'uriner continuelle, non soulagée par la miction. Séjour forcé, indéfini à la chambre; ne sort pour ainsi dire jamais. Les urines sont claires et normales, la capacité vésicale est de 100 grammes.

Traitement par la dilatation vésicale, de juillet à novembre 1894, vingt-six séances quotidiennes, puis tous les deux jours, puis deux fois par semaine; enfin, une seule fois par semaine. Quantités progressivement injectées, sans forcer, de 100 à 600 grammes; liquide retenu d'abord un quart d'heure, puis une demi-heure, jusqu'à deux heures. L'amélioration fut progressive, les mictions restèrent d'abord fréquentes, mais les envies d'uriner disparurent entre les mictions, puis s'espacèrent, et, à la fin de novembre 1894, elles ne se reproduisirent plus que quatre à cinq fois par jour et une fois par nuit.

Depuis, la guérison s'est maintenue, la malade n'urine plus

que trois fois par jour et une fois par nuit; souvent même elle ne se lève pas du tout pendant la nuit.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

*Névralgie vésicale, Pollakiurie, Bégaiement urinaire.
Coup de piston retardé.*

(Nous devons cette observation à l'un de nos amis, étudiant en droit, neurasthénique dès son plus jeune âge et qui apporte dans ses souvenirs, pourtant lointains, que nous avons scrupuleusement recueillis, la précision de tous les hypocondriaques dans la description de leurs souffrances.)

Age : 23 ans.

Antécédents héréditaires : Père, très nerveux;

Mère, migraineuse;

Sœur, neurasthénique.

Aucune maladie sérieuse, ni convulsions, ni chorée, ni incontinence d'urine, ni crises d'hystérie. État général excellent, mais l'esprit a toujours été plus ou moins impressionnable et enclin à la tristesse. Maux de reins, sommeil profond, grande fatigue au réveil, aucun trouble de la sensibilité, si ce n'est une abolition à peu près complète du réflexe pharyngé. Ni phimosis, ni vers intestinaux, ni hémorroïdes.

Vers l'âge de 14 ans, sur les bancs du collège, il fut pris, sans cause apparente, de picotements et de chaleurs tout le long du canal avec prédominance à l'extrémité de la verge et de crampes douloureuses au périnée. Son esprit naturellement inquiet fut dès ce moment hanté par la crainte de l'incontinence que ses parents lui avaient toujours représentée comme un vice dégradant; aussi notre malade est-il dans des transes continuelles pendant toute la durée des cours ou des études; il sort ordinairement

une fois à chacune de ces séances qui durent en moyenne deux heures ; puis, à chaque suspension de classe, dès qu'il le peut, il se précipite vers l'urinoir où le plus souvent il est très long à satisfaire ce besoin prétendu impérieux en raison d'un bégaiement urinaire manifeste. Il ne peut en effet que très difficilement pisser devant quelqu'un. De même, lors d'une défécation, sa miction se fait en deux temps : le premier pendant la défécation, le second dès qu'il est relevé. Enfin, et cela surtout en hiver, il présente le phénomène du coup de piston retardé, ce qui ne contribue pas peu à l'ancrer dans ses craintes fausses d'incontinence et à assombrir son caractère. En résumé, notre malade urine dans le jour huit à dix fois et pas une seule fois la nuit. Même le jour, lorsque son esprit est occupé, toute idée mictionnelle et toute névralgie disparaissent.

Cet état dure environ deux ans, après quoi (sans le secours d'aucune thérapeutique même morale) tout rentre à peu près dans l'ordre et, de tous ces troubles anciens, à l'heure qu'il est, il ne subsiste plus que deux choses : du bégaiement urinaire et du retard du coup de piston l'hiver seulement, par les grands froids. Du reste, notre malade que nous avons pleinement édifié sur la valeur de ces signes n'est plus tenu en souci par eux.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Pollakiurie nerveuse.

M^{me} F..., 38 ans.

Antécédents héréditaires : Mère internée à Sainte-Anne, mais guérie depuis ;

Père, a uriné au lit étant enfant, brutal.

A une fille qui a eu la chorée.

Elle-même a uriné au lit jusqu'à 14 ans. Aucune maladie grave. Tempérament nerveux, irritable. A commencé à uriner

souvent il y a très longtemps. Ne commence à se lever la nuit que depuis six à sept mois. Les mictions diurnes ont également augmenté depuis ce temps; en moyenne, elle urinait vingt à vingt-cinq fois par jour et deux fois la nuit; elle remarquait qu'elle urinait plus souvent en allant à la cave; de temps en temps elle allait mieux et urinait moins souvent.

Début du traitement par la dilatation, le 11 mars 1895.

La vessie tient facilement 300 grammes. L'urine absolument claire ne présente rien d'anormal à l'analyse.

État nerveux très excitable, mais jamais d'attaque. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'anesthésie cutanée, pas d'anesthésie pharyngée. Rien du côté des organes génitaux.

Les séances de dilatation sont faites tous les jours, la malade garde facilement deux heures à deux heures et demi l'eau qu'on lui injecte.

La diminution du nombre des mictions est très nette.

Le 16 mars 1895. Nous avons déjà fait cinq séances, elle urine treize fois par jour et une fois la nuit.

Le 3 avril 95. Vingt séances ont été faites jusqu'à cette époque. L'amélioration se fait progressivement, la malade est arrivée à n'uriner que huit à dix fois par jour et pas du tout la nuit.

Le 22 avril. Le traitement a été interrompu depuis le 3 avril dernier et, pendant ce temps, les mictions sont redevenues un peu plus fréquentes, quoique la malade ne se relève pas la nuit. Les séances de dilatation sont reprises : deux seringues et demie sont injectées et tolérées.

Le 16 mai : Ne se relève plus la nuit pour uriner, n'urine que sept à huit fois dans la journée. Injection de 410 grammes.

Le 5 juin. Bien que la malade soit restée près de quinze jours sans nouvelle dilatation, l'amélioration acquise subsiste entièrement. Injection facile de 400 grammes; la malade croit pouvoir

s'engager à garder cette dose une heure et demie avant de l'expulser, c'est d'ailleurs le temps qu'elle a gardé sa dernière injection.

Le 12 juin. La malade a reçu 430 grammes d'eau boriquée.

Le nombre de ses mictions ayant oscillé entre six et sept en vingt-quatre heures depuis notre dernière séance du 5 juin, nous la considérons comme définitivement guérie et nous la congédions.

OBSERVATION XXVI (personnelle).

Pollakiurie nerveuse.

M^{me} de P., professeur de piano.

Age 32 ans.

Antécédents héréditaires : Mère, nerveuse ;

Père, sain ;

Sœur de son père, folle internée ;

Frère, bien portant.

N'a pas uriné au lit étant enfant. Pas d'accidents nerveux dans sa jeunesse ; plus tard, quelques crises nerveuses. A commencé à uriner souvent à partir de 1887 à la suite d'une couche. Rétention d'urine de huit jours, suite de couches, sondage ; à ce moment apparaissent les mictions douloureuses et difficiles. Pourtant tout cela se calme pendant dix mois, après quoi a lieu une reprise de mictions fréquentes, mais non douloureuses. La malade urine jusqu'à douze fois par nuit et le jour toutes les heures ; cette crise dure un an.

Elle est prise d'hémorrhôides en 1889 et s'en fait opérer. C'est depuis cette époque qu'elle a des douleurs vésicales. En 1890, elle vient voir M. le professeur Guyon, qui recommande des cautérisations utérines. En 1891, pendant six mois, elle urine goutte à goutte nuit et jour. Cette crise se calme, la malade

voit M. Desnos, qui propose la dilatation du col de la vessie, qui est pratiquée en novembre 1893. Il ne résulte aucun soulagement de l'opération, et, huit jours après, les douleurs, en urinant, reprennent plus fort que jamais.

Actuellement, elle souffre en urinant depuis trois ans, surtout au début de la miction; elle éprouve, en outre, une cuisson constante dans la vessie. Elle urine, en moyenne, toutes les demi-heures dans les mauvaises périodes, toutes les deux heures dans les bonnes; la nuit, une à trois fois. Les urines sont claires et l'analyse n'y révèle rien d'anormal. Les organes génitaux sont normaux, les hémorroïdes n'ont pas reparu.

18 mars 1895. Traitement par la dilatation, une seringue et demie est gardée deux heures.

19 mars. Deuxième séance, injection de deux seringues gardées trois heures et demie. La malade n'urine plus que toutes les quatre heures le jour, une seule fois la nuit.

8 avril. Injection de 290 grammes dans la vessie. Grande amélioration, la malade n'urine plus la nuit, et le jour seulement toutes les trois ou quatre heures.

27 mai. Injection d'une seringue et demie. La dernière injection, d'une quantité équivalente, faite cinq jours auparavant, avait été gardée deux heures. Actuellement notre malade n'a plus que quatre à cinq mictions par vingt-quatre heures et n'urine pas la nuit.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

Pollakiurie diurne.

M^{me} S..., âgée de 55 ans, n'a jamais pissé au lit, a eu deux enfants, aucune hérédité nerveuse.

Depuis dix ans, elle a des mictions fréquentes, dont le nombre s'est augmenté peu à peu. Actuellement elle urine toutes les

demi-heures quand elle marche; quand elle est assise ou couchée, elle garde plus longtemps son urine. La nuit, elle se lève une à deux fois. Douleurs en urinant, les envies d'uriner persistent après la miction.

Examen local : hyperesthésie uréthrale, contractilité vésicale faible. Jusqu'à il y a quinze mois, les règles étaient régulières, mais douloureuses; depuis lors, elles ont disparu. Pertes blanches depuis très longtemps. Polype de l'utérus opéré il y a douze ans. Quoi qu'il en soit, l'utérus n'est ni fibromateux, ni déplacé et est absolument sain.

Une seule fois, quelques gouttes de sang sont venues à la fin de la miction. A l'analyse, les urines ne présentent rien d'anormal; la capacité vésicale est de 260 grammes, et les mictions de quinze à vingt dans le jour et d'une à deux pendant la nuit.

8 avril. Quatrième séance de dilatation, amélioration sensible, injection de 370 grammes dans la vessie; la malade a gardé le liquide de la veille une heure et n'a uriné que dix fois dans la journée et une seule fois la nuit.

19 avril. Injection de 420 grammes, l'amélioration se continue, la malade ne se lève plus qu'une fois par nuit et n'urine plus que sept à huit fois dans le jour.

26 avril. injection de 400 grammes, la malade ne se relève plus la nuit et urine six à sept fois dans la journée. Depuis lors nous n'avons plus revu la malade, ce qui nous donne à supposer que, satisfaite du résultat, elle aura jugé toute nouvelle visite à l'hôpital Necker inutile.

OBSERVATION XXVIII (personnelle).

Néuralgie vésicale. Pollakiurie surtout diurne.

M. G..., employé de commerce âgé de 47 ans. Pas d'hérédité nerveuse. Jugement très sain, très gai et très actif; n'a jamais

fait d'excès d'aucune sorte. Neurasthénie peu prononcée, réduite à une rachialgie légère et à des maux de tête intermittents. N'a pas uriné au lit étant enfant. Blennorrhagie à 20 ans guérie sans aucune trace. Syphilis à 22 ans, s'en est soigné avec une régularité parfaite, n'a jamais eu aucun accident tertiaire. Nous avons vainement cherché chez lui les signes de Romberg, Westphal ou A. Robertson; rien absolument rien ne peut mettre sur la voie d'un tabes au début. A eu des pertes séminales assez fréquentes vers l'âge de 25 ans; il en a même eu de diurnes, dont il n'a eu cure. Les éjaculations sont assez rapides. Ni timidité sexuelle, ni timidité urinaire; il présente seulement le phénomène du coup de piston retardé, surtout par les temps froids.

Il y a huit mois, sans cause apparente, il fut pris de douleurs à la racine de la verge (élancements, piqûres d'aiguille) ainsi qu'à la fosse naviculaire; en même temps ses mictions, qui avaient toujours été un peu plus fréquentes que la normale, s'élevèrent à une dizaine le jour, à deux ou trois la nuit. Inquiet de ces troubles, notre malade va consulter un médecin qui lui fait remarquer un petit kyste de l'épididyme absolument indolent d'ailleurs, dont le porteur ne se doutait en aucune façon, et pose le diagnostic de pierre vésicale. De ce jour-là, notre malade s'inquiète vivement de ce petit kyste épididymaire et lui attribue, bien à tort, toutes ses douleurs; en même temps, et parallèlement à ses nouvelles appréhensions, il voit ses mictions monter jusqu'à douze ou quinze le jour et trois à quatre la nuit. Il ne souffre ni immédiatement avant, ni pendant, ni immédiatement après la miction. Ses envies bien qu'impérieuses peuvent être contenues en moyenne dix à quinze minutes. Très inquiet du diagnostic porté et pour en avoir le cœur net, il vient dans le service de M. le professeur Guyon.

Le 12 mai. Il nous confie qu'il craint toujours d'être pris

d'incontinence dans un lieu public ou au cours d'une visite; aussi, avant d'entrer chez quelqu'un ou de monter en wagon, lors même qu'il a uriné vingt minutes auparavant, lors même aussi que l'entretien ou le trajet en chemin de fer n'excède pas une demi-heure, se hâte-t-il d'uriner pour plus de précaution et aussi dans l'espoir d'éviter ou de diminuer sa névralgie vésicale. De même la vue des urinoirs exerce sur lui une action irrésistible, de même aussi l'exemple de ses amis satisfaisant ce besoin naturel. Tout en un mot lui est prétexte à vider une vessie pourtant peu remplie. Néanmoins, lorsque son esprit vient à être longuement et fortement occupé, il perd du même coup idées et besoins mictionnels. Les urines sont absolument normales à l'analyse.

Nous lui faisons une première dilatation, et lui injectons deux seringues d'eau boriquée (chacune est d'une contenance d'environ 150 à 160 grammes).

13 mai. Il a gardé le liquide de la veille une heure et demie, ne s'est pas levé la nuit du 12 au 13. Nouvelle injection de deux seringues.

16 mai. La dernière injection a été conservée deux heures; il s'est levé une seule fois pour uriner la nuit. Il urine toutes les trois ou quatre heures le jour. Injection de 420 grammes de liquide.

18 juin. Il ne se lève plus du tout la nuit pour uriner depuis quinze jours, et n'a que cinq à six mictions par jour. Trois seringues injectées.

20 juin. Il a gardé une heure et demie ses trois seringues de la veille. Il n'urine plus que quatre fois le jour, et pas une seule fois la nuit.

Le jugeant complètement revenu à la normale, nous le congédions, très satisfait d'un résultat qu'aucune autre médication n'avait encore pu lui donner.

CONCLUSIONS

Il existe une *pollakiurie idiopathique*, sans aucune lésion organique, d'origine purement psychique, en un mot une *pollakiurie psychopathique*.

Son existence est attestée par les travaux de MM. Harrison, le professeur Guyon, Ultzmann, Monod, Janet, Guiard, Hartmann, Furbringer, Choux...

Elle est liée à l'une des trois causes suivantes qui peuvent agir séparément ou se renforcer :

1° Les *mauvaises habitudes de miction* (urination intempes-
tive) ;

2° Les *préoccupations psychiques*, et les émotions (candidats,
hommes d'affaire) ;

3° L'*hypocondrie urinaire* avec ou sans une affection réelle
des voies urinaires antérieure (surtout la blennorrhagie), mais
disparue entièrement et sans traces derrière elle.

Cette pollakiurie est une manifestation viscérale de la neu-
rasthénie ; elle se rencontre presque toujours chez des malades
à ascendants névropathiques, elle est la manifestation bénigne
d'une hérédité en quelque sorte atténuée. Elle est plus fré-
quente chez l'homme, et de 18 à 40 ans. Elle existe dans un
quart des cas de neurasthénie vésicale, d'après M. le professeur
Guyon. Elle succède dans la moitié des cas à l'incontinence
nocturne infantile, à laquelle elle se rattache étroitement.

La *durée* est essentiellement variable et indéterminée. Son

pronostic est bénin au point de vue de la vie du malade ; il est sérieux si l'on considère l'aboutissant presque fatal, qui est l'hypocondrie. Nous devons dire cependant que ce pronostic semble s'être considérablement amélioré par notre traitement.

Quand la pollakiurie guérit, elle est souvent remplacée par une des autres manifestations névropathiques génito-urinaires équivalentes ou homologues qui tantôt la précèdent, tantôt l'accompagnent et tantôt lui succèdent : bégaiement urinaire (Paget), absence ou retard du coup de piston, jet déformé, névralgies vésicales, impuissance psychique, éjaculations incomplètes ou hâtives, spermatorrhée, etc. . .

Le *diagnostic* de la pollakiurie psychopathique se fera après exclusion complète de toutes les autres maladies organiques, surtout des organes génito-urinaires (maladie de Bright, calculs vésicaux, cystite, dans les deux sexes ; rétrécissements, hypertrophie de la prostate chez l'homme ; particulièrement déplacements et prolapsus des organes génitaux chez la femme) et au moins autant du tabes. Celui-ci, à la période prœataxique de M. le professeur Fournier, alors que tous ses signes habituels font défaut, présente tout un ensemble de manifestations vésicales très voisines de la pollakiurie psychopathique et souvent, nous en convenons, surtout si le sujet est syphilitique, le *diagnostic pourra et devra rester en suspens jusqu'à plus ample information*.

Les signes suivants caractérisent particulièrement la pollakiurie psychopathique :

L'état névropathique hypocondriaque du sujet.

La fréquence des mictions presque exclusivement diurne. (Guyon.)

La « capacité psychique » de la vessie (Janet), qui supporte facilement une injection de 200 à 300 grammes de liquide, alors qu'elle se vide le plus souvent pour moins de 100 grammes.

La quantité et la qualité des urines restées normales.

La sensibilité de la vessie à la distension, qui est augmentée au début, diminuée à la fin de l'injection.

La contractilité vésicale, qui est diminuée dans presque la moitié des cas, d'après M. le professeur Guyon.

La vessie se vidant toujours complètement.

Le *traitement de choix* se fera par la *dilatation vésicale lente et progressive*. On injectera à l'aide d'une seringue une quantité d'eau boriquée tiède variant de 150 à 450 grammes suivant le nombre de séances antérieures et la résistance du sujet. La sensibilité de la vessie à la tension diminue graduellement en même temps que le malade, rassuré sur l'état de tolérance de sa vessie, revient spontanément à un nombre normal de mictions dans un délai moyen de deux mois. C'est du moins le résultat que nous avons constaté dans cinq cas, dont quatre nous appartiennent.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,

F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Albarran.** — *Les rétrécissements larges de l'urèthre*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Octobre 1893.
- Axenfeld**, Revu par Huchard. — *Traité des névroses*, 2^e édit., 1883.
- Bazy.** — *Étude sur les faux urinaires et en particulier sur les faux urinaires glycosuriques*, in *Archives générales de médecine*. Octobre 1890.
- Beard.** — *Neurasthénie*. *Boston medical and surgery Journal*. 1869.— *La neurasthénie sexuelle*, trad. Rodet. Paris, 1895.
- Blocq.** — *Neurasthénie*, in *Gazette des hôpitaux*. Avril 1891.
- Boissard.** — *Des troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus*. Revue critique de Jamin, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1885.
- Bourguignon.** — *Névralgies de la vessie*. *Union médicale*. 1860.
- Boursier.** — *Journal de médecine de Bordeaux*. 1885-1886. — *De l'oxalurie et de la gravelle oxalurique*, in *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*. 1894.
- Bouveret.** — *La neurasthénie*, 2^e édit., Paris 1891.
- De Casaubon.** — *Hystérie chez les jeunes garçons*. Thèse, Paris, 1884.
- Charcot.** — *Leçons sur les maladies du système nerveux*.
- Chevalier.** — *Prostatisme chez la femme*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1891.
- Choux.** — *Considérations sur l'incontinence nocturne d'urine observée chez les jeunes soldats et sur une de ses variétés de cause psychique*, in *Archives générales de médecine*. 1893.

- Curtis.** — *The significance of frequent micturition*, in *Boston medical and surgery Journal*. 25 Novembre 1880.
- Dacheux.** — *Sur la vessie irritable chez la femme*. Thèse, Paris, 1894.
- Debost.** — *Polyurie chez les dégénérés*. Thèse, Paris, 1891.
- Déjerine.** — Thèse d'agrégation. 1886.
- Delefosse.** — *Leçons cliniques sur la contracture du col*. 1879.
- Desnos** — *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*.
- Dieulafoy.** — *Manuel de pathologie interne*, 7^e édit., 1894.
- Duchastelet.** — *Capacité et tension de la vessie*. Thèse, Paris, 1886.
- Ehrhardt.** — *Polyurie hystérique*. Thèse, Paris, 1893.
- D'Espine et Picot.** — *Manuel des maladies de l'enfance*, 5^e édit., 1894.
- Fabre.** — *Bibliothèque des médecins praticiens*. 1845, t. III et IV.
- Féré.** — *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en partie de l'ataxie*, in *Archives de neurologie*. 1884.
- Fouquet.** — *Étude clinique sur quelques spasmes de la vessie d'origine hystérique*. Thèse, Paris, 1880.
- Fournier.** — *Période prætataxique du tabes*. Paris, 1882.— *Tabes à début vésical*, in *Semaine médicale*. 1884.
- Furbringer.** — *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, trad. par Caussade et Hartmann. 1892.
- Gant.** — *Irritable bladder*, 3^e édit. Londres, 1872.
- Geffrier.** — *Des troubles de la miction dans les maladies du système nerveux*. Thèse, Paris, 1884.
- Genouville.** — *Contractilité du muscle vésical*. Thèse. Paris, 1894.
- Gouley.** — *Contracture of the bladder*, in *Boston medical and surgery Journal*. Mars 1885.
- Guesdron.** — *De la pollakiurie dans le mal de Bright*. Thèse, Paris, 1882.
- Guiard.** — *De la pollakiurie psychopathique et de son traitement*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Avril 1891.

Guinon. — *De l'incontinence nocturne des enfants.* Thèse, Paris, 1889.

Guyon. — Compte rendu de l'Académie des sciences, in *Semaine médicale*. Mars 1887. — *Rétention d'urine de cause nerveuse et neurasthénie vésicale*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1891. — *Les neurasthéniques urinaires*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1893. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 3^e édit., 1894.

Hammond. — *Traité des maladies du système nerveux*, trad. de Labadie-Lagrave. Paris, 1879.

Harrison. — *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VII.

Hartmann (H.). — *Des névralgies vésicales.* Paris, 1889.

Janet. — *Les troubles psychopathiques de la miction.* Thèse, Paris, 1890. — *Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Février 1895. — Conférences faites dans le service du professeur Guyon en février, mars et avril 1895.

Lancereaux. — *Traité de l'herpétisme.* 1883.

Levillain. — *La neurasthénie.* 1891. — *Hygiène des gens nerveux.* 1891.

Mathieu. — *Neurasthénie.* 1892.

Miot. — *Cystalgie idiopathique.* Thèse, Paris, 1866.

Monod. — *Du traitement des cystalgies chez la femme, par la dilatation forcée et rapide de l'urèthre*, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Mai 1885.

Mosso et Pellacani. — *Archives italiennes de biologie.* 1882.

Sir James Paget. — *Clinical lectures and essays*, trad. L.-H. Petit.

Playfair. — *On irritable bladder in the latter months of pregnancy*, in *Trans. of the obst. soc. of London*. 1872.

Raphael. — *Irritability of the bladder due to neurosis*, in *New-York med. Journal*. Octobre 1883.

Recht. — *De la miction chez les femmes en couches.* Thèse, Paris, 1894.

- Sénéchal.** — *Troubles urinaires prémonitoires des myélites syphilitiques.*
Thèse, Lille, 1890.
- Stein.** — *Irritable bladder*, in *Med. Record New-York*. 1885.
- Thompson.** — *Maladies des voies urinaires*, trad. Jamin. 1889.
- Tuffier.** — *Troubles vésicaux névropathiques*, in *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VII.
- Ultzmann.** — *Névroses des organes génito-urinaires de l'homme*, trad. Picard. Paris, 1883.
- White.** — *Remarks on the vesico-urethral erethism peculiar to locomotive engineers*, in *J. of cut and gen. ur. dis.* New-York, 1888.
- Zuckerkandl.** — Communication faite dans la séance du 9 mai 1894, au Club médical de Vienne, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Novembre 1894.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
AVANT-PROPOS.....	7
CHAP. I ^{er} . — <i>Physiologie et Psycho-Physiologie de la Contraction vésicale</i>	9
CHAP. II. — <i>Définition. — Historique</i>	12
1 ^o Pollakiurie par mauvaises habitudes de miction.....	12
2 ^o Pollakiurie par préoccupation psychique.....	12
3 ^o Pollakiurie par hypochondrie urinaire.....	13
CHAP. III. — <i>Description de la Pollakiurie psychopathique</i>	21
<i>Variétés de Pollakiurie psychopathique</i>	30
A. Pollakiurie précoce.....	30
a) Pollakiurie simple.....	30
b) Pollakiurie incontinente nocturne...	31
B. Pollakiurie tardive.....	32
C. Pollakiurie nocturne simple.....	33
a) Forme précoce.....	33
b) Forme tardive.....	33
CHAP. IV. — <i>Symptômes qui se surajoutent à la Pollakiurie</i>	34
A. Complications vésicales.....	34
B. Complications génitales.....	37
CHAP. V. — <i>Discussion sur l'existence réelle et indépendante de la Pollakiurie psychopathique</i>	39

CHAP. VI. — <i>Diagnostic</i>	45
Diagnostic différentiel.....	47
Avec les pollakiuries symptomatiques liées à :	
A. Malformations congénitales.....	47
B. Excitation réflexe urétrale ou paraurétrale	48
C. Affections ou états physiologiques des organes génitaux de la femme.....	50
D. Composition anormale de l'urine	51
E. Ingestion alimentaire ou médicamenteuse.....	52
F. Irritation mécanique, chimique ou congestive.....	52
G. Grandes névroses.....	53
H. Maladies de la moelle et du cerveau.....	53
CHAP. VII. — <i>Marche. — Durée. — Terminaison</i>	55
Pronostic.....	56
CHAP. VIII. — <i>Traitement</i>	57
OBSERVATIONS	61
CONCLUSIONS	97
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	101

